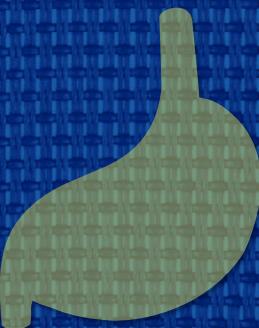


逆流性食道炎患者さんの

日常生活 記録ノート

—胸やけPRO—



・監修・

消化器と診断・治療内視鏡クリニック 院長／
虎の門病院分院 消化管センター内科 特任部長

虎の門病院 消化器内科 医員

菊池 大輔 先生

落合 順業 先生

症状を記録しましょう



この冊子「逆流性食道炎患者さんの日常生活記録ノート－胸やけPRO－」は、逆流性食道炎の症状やお薬の服薬状況を記録するためのものです。

疾病の治療において、患者さん自身が治療の満足度やその疾病による症状の程度、日常生活の質の変化などを自己評価のうえ医師へ伝達し、その情報に基づいてより良い治療を行っていくという、「Patient Reported Outcome (PRO)」という考え方方が重要になっています。

胸やけなどの症状によって苦しい思いをすることが多い逆流性食道炎においても同様に、このPROを踏まえた治療は重要です。

本冊子のタイトル「胸やけPRO」は、PROを踏まえた逆流性食道炎の治療に本冊子が寄与することを願うという意味を込めています。

症状の程度や、症状によるお困りごとを記録していただくと治療の参考になります。

日常生活のなかで感じる症状の小さな変化や困っていることなどを本冊子に記録し、受診時に主治医に伝えるようにしましょう。

消化器と診断・治療内視鏡クリニック 院長／
虎の門病院分院 消化管センター内科 特任部長
菊池 大輔



逆流性食道炎の治療中に服薬を中止してしまうと、
病状が再発することがあります。

服薬を中止したい場合には必ず医師にご相談ください。

ご自身の状態を書き出してみましょう



記入日 年 月 日

お名前

生年月日

年 月 日

性別 男性・女性

■身長

cm

■体重

kg

■BMI

※BMI=[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]

■喫煙の習慣

あり

本/日

なし

■飲酒の習慣

毎日飲む

1回量

時々飲む

飲まない

■既往歴

あり

病気の名前

なし

■現在治療中の病気(逆流性食道炎以外)

あり

病気の名前

なし

■服薬中のお薬(逆流性食道炎のお薬以外)

あり

お薬の名前

なし

記録してみましょう



睡眠、食事、飲酒の状況や、症状を抑えるために我慢しているものなどを記録しましょう。すべての項目を記録できなくても、可能な範囲で記録を継続してみましょう。

お薬の名前を記入してください

日付	11/7 (月)	/ (火)
症状(胸やけなど)の程度 日常生活への支障が、0:ない 1:少しある 2:多少ある 3:非常にある		
0・1・2・3 0・1・2・3 0		
症状が現れたタイミング <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input checked="" type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他		
逆流性食道炎のお薬 服用状況 ●(タケキアブ 20mg)	飲んだ時間・錠数 朝(1) 夕()	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後
	夕() 睡前()	<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他
その他 症状を抑えるお薬 服用状況 ●(モサプリド 5mg)	飲まなかった	<input type="checkbox"/> なし
	朝・昼・夕食後 各1錠	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input checked="" type="checkbox"/> 夕食 <input checked="" type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし
食べ過ぎたと感じた食事 <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input checked="" type="checkbox"/> 夕食 <input checked="" type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし		
アルコールの量 下記の酒量*と比べてどうだったか選択してください ビール(5%):500mL 日本酒(15%):180mL(1合) ワイン(12%):200mL(2杯弱)	多かった	<input type="checkbox"/>
	同じかそれ以下	<input checked="" type="checkbox"/>
	飲んでいない	<input type="checkbox"/>
睡眠について	就寝時間 24:00	:
	起床時間 6:30	:
	症状で夜に目が覚めるため日中眠かった	<input type="checkbox"/>
	寝るときに上半身を起こして寝た	<input type="checkbox"/>
	起床時に酸っぱい水があがってきて不快だった	<input checked="" type="checkbox"/>
	就寝中に症状を感じ目が覚めた	<input checked="" type="checkbox"/>
	上記いずれもない	<input type="checkbox"/>
症状を抑えるために我慢しているもの A:我慢している B:少し我慢している C:我慢していない	①食事量 A・B・C	<input type="checkbox"/> A・B・C
	②脂っこい食べ物 A・B・C	<input type="checkbox"/> A・B・C
	③甘い食べ物 A・B・C	<input checked="" type="checkbox"/> A・B・C
	④辛い食べ物 A・B・C	<input checked="" type="checkbox"/> A・B・C
	⑤酸っぱい食べ物 A・B・C	<input checked="" type="checkbox"/> A・B・C
	⑥外食・会食 A・B・C	<input checked="" type="checkbox"/> A・B・C
	⑦飲酒 A・B・C	<input checked="" type="checkbox"/> A・B・C
	⑧喫煙(※喫煙者のみ) A・B・C	<input type="checkbox"/> A・B・C
	⑨コーヒー・紅茶 A・B・C	<input type="checkbox"/> A・B・C
	その他 前かかみになると 胸やけがした	<input type="checkbox"/>

*厚労省 健康日本21において「節度ある適度な飲酒」として推奨している1日平均純アルコールで約20gに相当する酒量です。

当てはまる括弧に錠数を記入してください

当てはまる項目すべてにチェックをつけてください

当てはまる項目すべてにチェックをつけてください

それぞれ当てはまるものに○をつけてください

その他、気になることや医師に聞きたいことがあれば記入してください

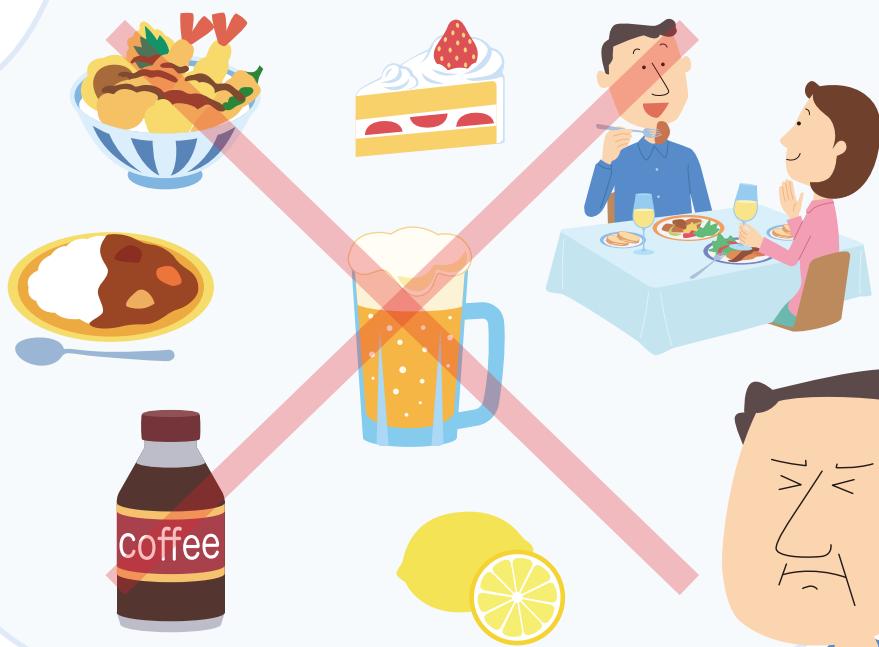
症状で夜に目が覚めるため
日中眠い



寝るときに上半身を
起こして寝る



症状を抑えるために我慢する



日付	/ (月)	/ (火)	
症状(胸やけなど)の程度 日常生活への支障が、0:ない 1:少しある 2:多少ある 3:非常にある	0・1・2・3	0・1・2・3	
症状が現れたタイミング	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	
逆流性食道炎のお薬 服用状況 ()	飲んだ時間・錠数 朝() 昼() 夕() 眠前() 飲まなかつた	朝() 昼() 夕() 眠前()	
その他 症状を抑えるお薬 服用状況 ()			
食べ過ぎたと感じた食事	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	
アルコールの量 下記の酒量*と比べてどうだったか選択してください ビール(5%):500mL 日本酒(15%):180mL(1合) ワイン(12%):200mL(2杯弱)	多かった <input type="checkbox"/> 同じかそれ以下 <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
睡眠について	就寝時間	:	:
	起床時間	:	:
	症状で夜に目が覚めるため日中眠かった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	寝るときに上半身を起こして寝た	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	起床時に酸っぱい水があがってきて不快だった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就寝中に症状を感じ目が覚めた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記いずれもない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状を抑えるために 我慢しているもの A:我慢している B:少し我慢している C:我慢していない	① 食事量	A・B・C	A・B・C
	② 脂っこい食べ物	A・B・C	A・B・C
	③ 甘い食べ物	A・B・C	A・B・C
	④ 辛い食べ物	A・B・C	A・B・C
	⑤ 酸っぱい食べ物	A・B・C	A・B・C
	⑥ 外食・会食	A・B・C	A・B・C
	⑦ 飲酒	A・B・C	A・B・C
	⑧ 喫煙(※喫煙者のみ)	A・B・C	A・B・C
	⑨ コーヒー・紅茶	A・B・C	A・B・C
	その他		

/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3
<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他
朝() 昼() 夕() 眠前()				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C

日付	/ (月)	/ (火)	
症状(胸やけなど)の程度 日常生活への支障が、0:ない 1:少しある 2:多少ある 3:非常にある	0・1・2・3	0・1・2・3	
症状が現れたタイミング	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	
逆流性食道炎のお薬 服用状況 ()	飲んだ時間・錠数 朝() 昼() 夕() 眠前() 飲まなかつた	朝() 昼() 夕() 眠前()	
その他 症状を抑えるお薬 服用状況 ()			
食べ過ぎたと感じた食事	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	
アルコールの量 下記の酒量*と比べてどうだったか選択してください ビール(5%):500mL 日本酒(15%):180mL(1合) ワイン(12%):200mL(2杯弱)	多かった <input type="checkbox"/> 同じかそれ以下 <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
睡眠について	就寝時間	:	:
	起床時間	:	:
	症状で夜に目が覚めるため日中眠かった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	寝るときに上半身を起こして寝た	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	起床時に酸っぱい水があがってきて不快だった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就寝中に症状を感じ目が覚めた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記いずれもない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状を抑えるために 我慢しているもの A:我慢している B:少し我慢している C:我慢していない	① 食事量	A・B・C	A・B・C
	② 脂っこい食べ物	A・B・C	A・B・C
	③ 甘い食べ物	A・B・C	A・B・C
	④ 辛い食べ物	A・B・C	A・B・C
	⑤ 酸っぱい食べ物	A・B・C	A・B・C
	⑥ 外食・会食	A・B・C	A・B・C
	⑦ 飲酒	A・B・C	A・B・C
	⑧ 喫煙(※喫煙者のみ)	A・B・C	A・B・C
	⑨ コーヒー・紅茶	A・B・C	A・B・C
	その他		

/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3
<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他
朝() 昼() 夕() 眠前()				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C

日付	/ (月)	/ (火)	
症状(胸やけなど)の程度 日常生活への支障が、0:ない 1:少しある 2:多少ある 3:非常にある	0・1・2・3	0・1・2・3	
症状が現れたタイミング	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	
逆流性食道炎のお薬 服用状況 ()	飲んだ時間・錠数 朝() 昼() 夕() 眠前() 飲まなかつた	朝() 昼() 夕() 眠前()	
その他 症状を抑えるお薬 服用状況 ()			
食べ過ぎたと感じた食事	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	
アルコールの量 下記の酒量*と比べてどうだったか選択してください ビール(5%):500mL 日本酒(15%):180mL(1合) ワイン(12%):200mL(2杯弱)	多かった <input type="checkbox"/> 同じかそれ以下 <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
睡眠について	就寝時間	:	:
	起床時間	:	:
	症状で夜に目が覚めるため日中眠かった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	寝るときに上半身を起こして寝た	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	起床時に酸っぱい水があがってきて不快だった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就寝中に症状を感じ目が覚めた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記いずれもない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状を抑えるために 我慢しているもの A:我慢している B:少し我慢している C:我慢していない	① 食事量	A・B・C	A・B・C
	② 脂っこい食べ物	A・B・C	A・B・C
	③ 甘い食べ物	A・B・C	A・B・C
	④ 辛い食べ物	A・B・C	A・B・C
	⑤ 酸っぱい食べ物	A・B・C	A・B・C
	⑥ 外食・会食	A・B・C	A・B・C
	⑦ 飲酒	A・B・C	A・B・C
	⑧ 喫煙(※喫煙者のみ)	A・B・C	A・B・C
	⑨ コーヒー・紅茶	A・B・C	A・B・C
	その他		

/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3
<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他
朝() 昼() 夕() 眠前()				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C

日付	/ (月)	/ (火)	
症状(胸やけなど)の程度 日常生活への支障が、0:ない 1:少しある 2:多少ある 3:非常にある	0・1・2・3	0・1・2・3	
症状が現れたタイミング	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	
逆流性食道炎のお薬 服用状況 ()	飲んだ時間・錠数 朝() 昼() 夕() 眠前() 飲まなかつた	朝() 昼() 夕() 眠前()	
その他 症状を抑えるお薬 服用状況 ()			
食べ過ぎたと感じた食事	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	
アルコールの量 下記の酒量*と比べてどうだったか選択してください ビール(5%):500mL 日本酒(15%):180mL(1合) ワイン(12%):200mL(2杯弱)	多かった <input type="checkbox"/> 同じかそれ以下 <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
睡眠について	就寝時間	:	:
	起床時間	:	:
	症状で夜に目が覚めるため日中眠かった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	寝るときに上半身を起こして寝た	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	起床時に酸っぱい水があがってきて不快だった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就寝中に症状を感じ目が覚めた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記いずれもない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状を抑えるために 我慢しているもの A:我慢している B:少し我慢している C:我慢していない	① 食事量	A・B・C	A・B・C
	② 脂っこい食べ物	A・B・C	A・B・C
	③ 甘い食べ物	A・B・C	A・B・C
	④ 辛い食べ物	A・B・C	A・B・C
	⑤ 酸っぱい食べ物	A・B・C	A・B・C
	⑥ 外食・会食	A・B・C	A・B・C
	⑦ 飲酒	A・B・C	A・B・C
	⑧ 喫煙(※喫煙者のみ)	A・B・C	A・B・C
	⑨ コーヒー・紅茶	A・B・C	A・B・C
	その他		

*厚労省 健康日本21において「節度ある適度な飲酒」として推奨している1日平均純アルコールで約20gに相当する酒量です。

/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3
<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他
朝() 昼() 夕() 眠前()				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C

日付	/ (月)	/ (火)	
症状(胸やけなど)の程度 日常生活への支障が、0:ない 1:少しある 2:多少ある 3:非常にある	0・1・2・3	0・1・2・3	
症状が現れたタイミング	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	
逆流性食道炎のお薬 服用状況 ()	飲んだ時間・錠数 朝() 昼() 夕() 眠前() 飲まなかつた	朝() 昼() 夕() 眠前()	
その他 症状を抑えるお薬 服用状況 ()			
食べ過ぎたと感じた食事	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	
アルコールの量 下記の酒量*と比べてどうだったか選択してください ビール(5%):500mL 日本酒(15%):180mL(1合) ワイン(12%):200mL(2杯弱)	多かった <input type="checkbox"/> 同じかそれ以下 <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
睡眠について	就寝時間	:	:
	起床時間	:	:
	症状で夜に目が覚めるため日中眠かった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	寝るときに上半身を起こして寝た	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	起床時に酸っぱい水があがってきて不快だった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就寝中に症状を感じ目が覚めた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記いずれもない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状を抑えるために 我慢しているもの A:我慢している B:少し我慢している C:我慢していない	① 食事量	A・B・C	A・B・C
	② 脂っこい食べ物	A・B・C	A・B・C
	③ 甘い食べ物	A・B・C	A・B・C
	④ 辛い食べ物	A・B・C	A・B・C
	⑤ 酸っぱい食べ物	A・B・C	A・B・C
	⑥ 外食・会食	A・B・C	A・B・C
	⑦ 飲酒	A・B・C	A・B・C
	⑧ 喫煙(※喫煙者のみ)	A・B・C	A・B・C
	⑨ コーヒー・紅茶	A・B・C	A・B・C
	その他		

*厚労省 健康日本21において「節度ある適度な飲酒」として推奨している1日平均純アルコールで約20gに相当する酒量です。

/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3
<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他
朝() 昼() 夕() 眠前()				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C
A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C	A・B・C

医療機関名



武田薬品工業株式会社

1-5-3392



Otsuka 大塚製薬株式会社