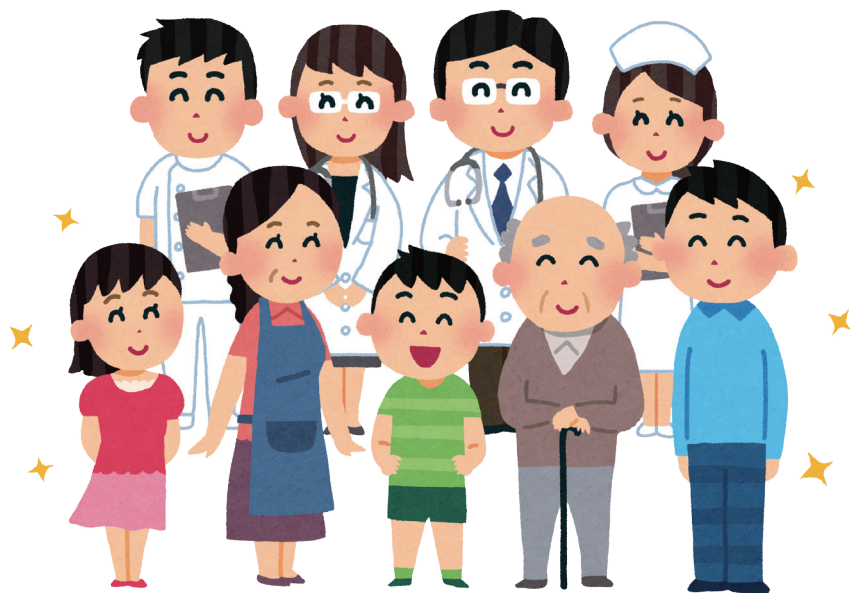


# 心臓 リハビリテーション ノート

わたしの健康記録ノート



病院名

---

氏名

---

## はじめに

病気の再発や悪化を防ぐためには、病院の中で受ける治療だけでは十分ではありません。病気や薬の服用方法、生活の中での注意点について理解して実践していくことや、運動療法・食事療法など、様々な取り組みを行っていく必要があります。

そして何より、普段から自分自身の体の状態を理解したり、調子をチェックしたりしていくことは大変重要です。毎日記録をつけることで、ちょっとした体調の変化や異常を早く見つけることができるようになるばかりではなく、医師や医療従事者との架け橋にもなります。

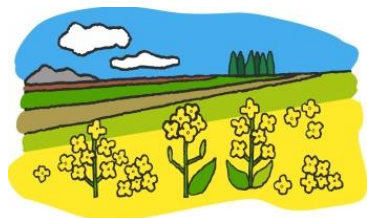
このノートは、そのような目的を達成し、これから人生をよりよいものにしていくための手助けになることを目指して作成しました。是非活用してください！



## 目次

	ページ
1. はじめに	2
2. 目次・使い方	3
3. 自分の情報を記入するページ	4
4. こんな症状が出現した時は	7
5. 生活習慣を見直してみましょう	8
6. 日々の自己管理方法	14
7. 毎日の記録	18

## 使い方



1. P 4~P 12 までの生活情報を記入しましょう。
2. 生活の中から、病気の悪化・再発に影響を及ぼすと考えられる項目をチェックしておきましょう。
3. 生活の中から、病気の悪化・再発に危険を及ぼす項目をチェックしましょう。
4. ご自身の血圧や体重の目標値を、医師やリハビリ担当者に確認してください。
5. 病院で受けたお話をもとにしながら、ご自身の生活上の目標を立てましょう。
6. 日々、健康状態をチェックして手帳に記入しましょう。
7. 病院の受診時に手帳を見てもらいましょう。

## 自分の情報

氏名

---

生年月日      明治・大正  
                  昭和・平成                    年            月            日

---

緊急連絡先

TEL

---

【アレルギーの有無】

食べ物

---

薬

---

その他

---

【医療者に伝えたいこと】

## 病気の歴史

御自分の今までかかった病気を年代順に記入して下さい

新しく指摘された病名も追加していきましょう

年齢	病名・治療内容	医療機関
歳		
歳		
歳		
歳		
歳		
歳		
歳		
歳		
歳		
歳		
歳		

## 私の心臓の状態

私の病気は\_\_\_\_\_

### 【心臓の状態】

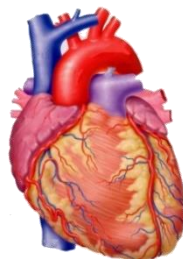
検査日            年            月

EF \_\_\_\_\_% LVDd \_\_\_\_\_mm

BNP 又は NT-proBNP \_\_\_\_\_pg/ml

EF とは心臓の収縮力を表す数値で、正常値は 55～65%です。  
数値が小さいほど心機能が低下しているといえます。

LVDd は左心室が拡張した状態での大きさ（径）を表します。正常値は 35～50mm です。



### 【心不全のステージ】

ステージ A： 糖尿病 高血圧 脂質異常症 喫煙など  
危険因子のみの状態

ステージ B： 心筋梗塞 無症候性弁膜症など  
心不全の原因となり得るような基礎疾患はあるが  
心不全症状はない状態

ステージ C： 心不全の症状が出現した状態  
治療により症状が改善する

ステージ D： 難治性心不全  
最大限の治療にもかかわらず症状が残る状態



## こんな症状が出現した時は・・・ ～受診の目安～

<b>胸痛</b>	発作の出現回数が多くなったり、これまでよりも軽い動きで発作が出現するようになってきた時は、かかりつけ医に相談して下さい <b>★ ニトロを使用しても強い胸痛が30分以上持続したり、息苦しさ・冷や汗を伴ったりする時は、直ちに受診して下さい。</b>
<b>息苦しさ 息切れ</b>	動いた時の息切れが徐々にひどくなってきたり、治まるまでの時間がかかるようになってきた時はかかりつけ医に相談して下さい <b>★ 安静にしているでも息苦しかったり、夜、横になれないような息苦しさがあるとき、ゼーゼーする呼吸が出現して治まらない時は直ちに受診して下さい。</b>
<b>浮腫 むくみ</b>	・ 一週間に2～3Kg以上の、急激な体重の増加がある時 ・ 足やまぶた等にむくみが発生してきた時 ・ 動いた時の息苦しさも出てきた時 上記症状があればかかりつけ医に相談して下さい
<b>動悸</b>	・ 動悸が続いたり、くり返しおこったりする時 ・ 動悸や息切れの程度や回数が増えてきている時 ・ 脈を測った際に、これまでにない脈の乱れや速い脈が出現した時 上記症状があればかかりつけ医に相談して下さい

### 【受診時に伝えること】

- ★ いつから、どれくらいの時間続いた（続いている）のか
- ★ どのように始まって、どうしたら治まったのか
- ★ 血圧・脈拍数がどれくらいだったのか  
（自動血圧計で測定した値等）
- ★ 他の症状があったのか



## 生活習慣を見直してみましょう

### 食事について

該当する項目にチェックをつけてみましょう。

- スーパーやコンビニのお惣菜・お弁当を買って食べる  
食べる方⇒  毎日  週に何回か  月に何回か
- 外食が多い  
食べる方⇒  毎日  週に何回か  月に何回か
- 味付けは濃いほうが好き
- 漬物・梅干しなどを良く食べる
- 魚より肉が好き
- 塩気の多い物が好き
- 間食をする  
何時ごろ? \_\_\_\_\_ 時  
何を? \_\_\_\_\_  
どれぐらい? \_\_\_\_\_
- 毎日お酒を飲む習慣がある  
種類 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_ ml
- 食事時間が不規則



食事を作る人: \_\_\_\_\_

通常の食事時間と食べ物の種類を書いてみましょう。

朝 \_\_\_\_\_ 時ごろ 内容 \_\_\_\_\_

昼 \_\_\_\_\_ 時ごろ 内容 \_\_\_\_\_

夕 \_\_\_\_\_ 時ごろ 内容 \_\_\_\_\_



## 運動について

該当する項目にチェックをつけてみましょう。

- 現在自宅で運動を行っている
- 運動するのが嫌い
- 時間がなくて運動できない
- 1 日中外に出ないことがある
- 足や腰が痛くて運動できない
- 骨や関節の病気がある 病名： \_\_\_\_\_

➤ 自宅での運動の種類

\_\_\_\_\_

➤ 運動にかける時間はどれくらいですか？

\_\_\_\_\_ 分 くらい

➤ 仕事内容

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 肥満度チェック

BMI で肥満度をチェックしてみましょう。

$$\text{BMI} = \text{体重 (Kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$$

現在の体重 (            ) Kg            現在のBMI (            )

	やせ	普通	肥満 1度	肥満 2度	肥満 3度	肥満 4度
BMI	18 未満	18～ 25 未満	25～ 30 未満	30～ 35 未満	35～ 40 未満	40 以上

理想のBMI = 22

理想の体重 = 身長 (m) × 身長 (m) × 22

理想の体重 (            ) Kg

目標体重 (            ) Kg

◎ 心不全の方は目標体重を主治医に確認しましょう。

目標体重 (            ) Kg



腹囲を測りましょう      腹囲 (            ) cm

腹囲が女性で90cm以上、男性で85cm以上あり、脂質異常、糖尿病、  
高血圧のいずれかを有していればメタボリックシンドロームです。

目標体重にむけて1ヶ月に1Kgを目標に、無理なく減量しましょう！

### 血圧について

早朝自宅血圧	治療目標値	現在の数値
	135/85 mmHg 以下	/ mmHg
糖尿病、 腎臓病合併	125/75 mmHg 以下	/ mmHg

### 脂質について

	治療目標値	現在の数値
中性脂肪	150mg/dL 以下	mg/dL
LDL コレステロール (悪玉)	100mg/dL 未満	mg/dL
HDL コレステロール (善玉)	40mg/dL 以上	mg/dL

### 血糖について

	治療目標値	現在の数値
空腹時血糖	110mg/dL 以下	mg/dL
HbA1c	7.0% 未満	%
	(80 歳以上の方は 目標値 7.5~8.0%)	

## 喫煙について

タバコは吸いますか？ または過去に吸っていましたか？

はい 1日 ( ) 本 × ( ) 年間喫煙

いいえ

現在も喫煙されている方に、

禁煙する意思がありますか？

ある  ない

禁煙した事がありますか？

はい ( ) 頃 ( ) 日間くらい  いいえ



ここまで生活習慣や体の状態を見直してきました。

病気の再発や悪化を防いでいくためには、原因となる生活上の問題点を改善していかなければなりません。

あなたの問題点は何でしょう。書き上げてみましょう。

✿ \_\_\_\_\_

✿ \_\_\_\_\_

✿ \_\_\_\_\_

この問題点を解決していくために、目標を立ててみましょう。

まずは、5年後、10年後はこうあって欲しいという大きな目標を立ててみませんか？ 途中で変更してもかまいません。目標を立て、日々その目標に向かっていく姿勢が大事なのです。

人生の目標に向け、日々の行動目標を立てましょう。

【 人生の目標 】

✿

✿

【 日々の行動目標 】

✿

✿



## 日々の自己管理方法

日頃の体調の変化を知り、異常の早期発見・早期受診をしましょう。  
体重や血圧を見ながら、食事内容や活動量など振り返り、調節していきましょう。

### 血圧測定

血圧は、一日中同じではありません。体の動きや感情の変化などに影響されて高くなったり低くなったりしています。

通常、血圧は、夜寝ている間は低く、朝方から午前中にかけてゆっくりと上昇し、昼間は高くなっていくことがあります。このパターンにも個人差があります。

#### 《 方法 》

- ❁ できるだけ毎日同じ時間に測定しましょう。

朝：起床後 1 時間以内      晩：寝る前

- ❁ 少なくとも 2～3 分間安静にしてから、椅子に座って腕を机の上に乗せ、心臓と同じ高さにして計りましょう。
- ❁ 袖口をまくり上げたり、厚手の衣服の上から計ったりしないようにしましょう。
- ❁ 自動血圧計は測定値にはばらつきがありますので、できれば 2～3 回測定して平均の値を記入するようにして下さい。



## 脈拍測定

脈を測ることで脈のリズムや速さが分かります

普段と比べてリズムや速さが違う場合は、心臓に負担がかかっているサインかもしれません。

- 動悸の理由が不整脈によるものかの判断材料となります。
- ペースメーカーを入れている場合は、設定された脈拍よりも少なくなっていないか確認できます。

### 《 方法 》

- ❖ 人差し指と中指で、手首の親指側で脈拍が触れるか確認します。  
わかりにくい時は肘の真ん中あたりを触れてみてください。
- ❖ 脈拍の拍動を確認し、脈が規則正しく打っている人は、そのまま 15 秒間脈を数えてください。  
その数を 4 倍すると 1 分間の脈拍が測れます。
- ❖ 不整脈のある人は 1 分間測ってください。
- ❖ ご自分の普段の脈拍を覚えておきましょう。
- ❖ 激しい動悸が続いたり、脈が乱れたりすることが続く場合は相談して下さい。



## 体重測定

体重を測ることで心不全の早期発見ができます。

また肥満の防止にもなります。

体重を見ながら、塩分・水分量を確認し食事内容を調整していきます。

＊ 数日で2kg以上急激に増加した場合

（数週間で体重が増え、浮腫みや息切れがある場合も含む）

数日後にはさらに体重が増え、心不全の症状が悪化し入院すると言われてしています。

＊ 水分はお茶・お水だけではありません。普段のコーヒーやジュースなども水分量に入ります。



### 《 方法 》

- ＊ 毎日、お風呂あがりなどの決まった時間、同じ条件（着ているものなど）で測定しましょう。
- ＊ 1週間に2～3kg以上増えたときは、主治医に相談してください。

## その他

- ＊ リハビリ中や日常の生活の中で、いつもと違うことがあればメモに残し、診察の時に記録を持参して相談して下さい。





《メモ》

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
塩分の取り過ぎに注意 塩 1 g で水分を約200mlため 込んでしまいます。 塩分の取りすぎはむくみや高 血圧にもつながります。

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり
-------

血圧は
-----

高い ・ 安定 ・ 低い
--------------

脈は
----

速い ・ 安定 ・ 遅い
--------------

運動は
-----

できた ・ できてない
-------------

--

増えた ・ 安定 ・ 減った
----------------

--

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

(食欲は) 良 ・ 不良
--------------

(排便は) 良 ・ 不良
--------------

(睡眠は) 良 ・ 不良
--------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

--

食べ過ぎの予防のために  
良く噛んで食べましょう。  
おいしいものは「もう一口」  
よりも「もう一噛み」を。

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
良い睡眠をとるために スマートフォンやパソコンの 光は睡眠の妨げに。 寝る1時間前には見るのをや めましょう。

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					



行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり
-------

血圧は
-----

高い ・ 安定 ・ 低い
--------------

脈は
----

速い ・ 安定 ・ 遅い
--------------

運動は
-----

できた ・ できてない
-------------

--

増えた ・ 安定 ・ 減った
----------------

--

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

(食欲は) 良 ・ 不良
--------------

(排便は) 良 ・ 不良
--------------

(睡眠は) 良 ・ 不良
--------------

--

服薬忘れが
-------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

--

栄養を維持するために 主食・主菜・副菜を意識しまし しょう。 野菜が不足している時は、お 惣菜で1品プラス。
--

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
運動する時間について 空腹時に運動をすると筋肉を 分解して逆効果です。 食後1~2時間後の運動が適切 です。

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
ダイエット情報 就寝2時間以内に食事を取ると脂肪として蓄積しやすいので注意しましょう。

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり

血圧は

高い ・ 安定 ・ 低い

脈は

速い ・ 安定 ・ 遅い

運動は

できた ・ できてない

増えた ・ 安定 ・ 減った

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

(食欲は) 良 ・ 不良

(排便は) 良 ・ 不良

(睡眠は) 良 ・ 不良

服薬忘れが

あった ・ 時々 ・ なかった

便秘対策について

毎朝トイレに座る習慣を作りましょう。

1日3食規則正しい食事を心がけましょう。

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					



行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
頑固な便秘の対策 食物繊維を一日25g以上摂り ましょう。 野菜・雑穀やキノコ類、海藻 類などバランス良く！

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

# 行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり
-------

血圧は
-----

高い ・ 安定 ・ 低い
--------------

脈は
----

速い ・ 安定 ・ 遅い
--------------

運動は
-----

できた ・ できてない
-------------

--

増えた ・ 安定 ・ 減った
----------------

--

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

(食欲は) 良 ・ 不良
--------------

(排便は) 良 ・ 不良
--------------

(睡眠は) 良 ・ 不良
--------------

--

服薬忘れが
-------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

--

感染予防について インフルエンザなどの予防接種を受けましょう。 京都市在住の高齢者であれば、自己負担が軽減されます。
--

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--

# 行動目標は

/ 金 / 土 / 日			ふりかえり		
/	/	/	血圧は		
/	/	/	高い ・ 安定 ・ 低い		
/分	/分	/分	脈は		
/分	/分	/分	速い ・ 安定 ・ 遅い		
			運動は		
分	分	分	できた ・ できてない		
歩	歩	歩			
kg	kg	kg	増えた ・ 安定 ・ 減った		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	あった ・ 時々 ・ なかった		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	あった ・ 時々 ・ なかった		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	あった ・ 時々 ・ なかった		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(食欲は) 良 ・ 不良		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(排便は) 良 ・ 不良		
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	(睡眠は) 良 ・ 不良		
			服薬忘れが		
朝	昼	夕	朝	昼	夕
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			あった ・ 時々 ・ なかった		
			減量について 「食事だけ」あるいは、「運動だけ」で頑張らず、両方まんべんなくできるように心がけましょう。		

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--

# 行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり

血圧は

高い ・ 安定 ・ 低い

脈は

速い ・ 安定 ・ 遅い

運動は

できた ・ できてない

増えた ・ 安定 ・ 減った

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

(食欲は) 良 ・ 不良

(排便は) 良 ・ 不良

(睡眠は) 良 ・ 不良

服薬忘れが

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

運動について

歯磨き・家事などをしながらのながら運動は、簡単にできますよ。

すきま時間におすすめです。

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	□	□	□	□
	むくみ	□	□	□	□
	息切れ	□	□	□	□
	食欲低下	□	□	□	□
	排便	□	□	□	□
	不眠 睡眠時間	□ 時間	□ 時間	□ 時間	□ 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

できごと				
------	--	--	--	--



行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
ダイエットお役立ち情報 野菜を先に食べると血糖値の上昇が抑えられます。 ご飯を最後に食べると、食事量も減らすことができます

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり
-------

血圧は
-----

高い ・ 安定 ・ 低い
--------------

脈は
----

速い ・ 安定 ・ 遅い
--------------

運動は
-----

できた ・ できてない
-------------

--

増えた ・ 安定 ・ 減った
----------------

--

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

(食欲は) 良 ・ 不良
--------------

(排便は) 良 ・ 不良
--------------

(睡眠は) 良 ・ 不良
--------------

--

服薬忘れが
-------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

--

運動について テレビのCM（コマーシャル）の間に、立ちすわりの運動を。 ちょっとした時間を利用して。
--

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

# 行動目標は

/ 金 / 土 / 日			ふりかえり				
/	/	/	血圧は				
/	/	/	高い ・ 安定 ・ 低い				
/分	/分	/分	脈は				
/分	/分	/分	速い ・ 安定 ・ 遅い				
			運動は				
分	分	分	できた ・ できてない				
歩	歩	歩					
kg	kg	kg	増えた ・ 安定 ・ 減った				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	あった ・ 時々 ・ なかった				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	あった ・ 時々 ・ なかった				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	あった ・ 時々 ・ なかった				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(食欲は) 良 ・ 不良				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(排便は) 良 ・ 不良				
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	(睡眠は) 良 ・ 不良				
			服薬忘れが				
朝	昼	夕	朝	昼	夕	あった ・ 時々 ・ なかった	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<p>太ももの筋肉を鍛えよう                      歩行や立ち上がりには、太ももの筋肉を鍛えることが効果的です。                      スクワットや座ってのひざ伸ばし運動を</p>				

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

# 行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
運動にはこんな効果も 有酸素運動はアルツハイマー 病の予防にも効果があります。 楽しみながら行うことが何よ り効果的です。

## 3か月のふりかえり

血 圧

- 目標範囲内
- 高かった
- 低かった

体 重

- 目標範囲内
- 増加した      3か月前 \_\_\_\_\_ kg
- 減少した      現 在      \_\_\_\_\_ kg

食事療法

- できた
- できなかった
- 行わなかった

運動療法

- できた
- できなかった
- 行わなかった

行動目標

- できた
- できなかった
- 行わなかった

---

これからの3か月の行動目標

---



検査データなどの貼付に利用してください

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり

血圧は

高い ・ 安定 ・ 低い

脈は

速い ・ 安定 ・ 遅い

運動は

できた ・ できてない

増えた ・ 安定 ・ 減った

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

(食欲は) 良 ・ 不良

(排便は) 良 ・ 不良

(睡眠は) 良 ・ 不良

服薬忘れが

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

運動する時間について

季節により運動の時間も工夫をしましょう。

冬場は日の出ている日中、夏場は朝や夕方がおすすめ。

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--

# 行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり

血圧は

高い ・ 安定 ・ 低い

脈は

速い ・ 安定 ・ 遅い

運動は

できた ・ できてない

増えた ・ 安定 ・ 減った

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

(食欲は) 良 ・ 不良

(排便は) 良 ・ 不良

(睡眠は) 良 ・ 不良

服薬忘れが

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

散歩時の歩幅は？

大股で歩くと、股関節の痛みや腰痛が出てしまうことがあります。

楽に無理なく歩くことから始めましょう。

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

# 行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり

血圧は

高い ・ 安定 ・ 低い

脈は

速い ・ 安定 ・ 遅い

運動は

できた ・ できてない

増えた ・ 安定 ・ 減った

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

(食欲は) 良 ・ 不良

(排便は) 良 ・ 不良

(睡眠は) 良 ・ 不良

服薬忘れが

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

寝たきりについて

寝たきりは、全身の筋肉が  
1%低下するといわれています。

起き上がりや立ち上がりも心  
がけましょう。

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--



行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり

血圧は

高い ・ 安定 ・ 低い

脈は

速い ・ 安定 ・ 遅い

運動は

できた ・ できてない

増えた ・ 安定 ・ 減った

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

(食欲は) 良 ・ 不良

(排便は) 良 ・ 不良

(睡眠は) 良 ・ 不良

服薬忘れが

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

血圧上昇を防ぐために

布団上げなど、『よいしょ』

と掛け声をかけるなどして、  
息こらえをしないようにしましょう。

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
バランスの練習 安定した机などにつかまり、 片足立ちの練習をしてお尻の 横の筋肉を鍛えましょう。

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--

# 行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
ダイエット情報 腹筋よりウォーキングなどの長時間行うことができる有酸素運動の方が、脂肪燃焼には効果的です

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

# 行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり

血圧は

高い ・ 安定 ・ 低い

脈は

速い ・ 安定 ・ 遅い

運動は

できた ・ できてない

増えた ・ 安定 ・ 減った

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

(食欲は) 良 ・ 不良

(排便は) 良 ・ 不良

(睡眠は) 良 ・ 不良

服薬忘れが

あった ・ 時々 ・ なかった

減量は適度に

主食を抜く、1食食べないなどの減量は筋肉を減らします。

バランスよく食べて運動と組み合わせましょう。

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--



行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり
-------

血圧は
-----

高い ・ 安定 ・ 低い
--------------

脈は
----

速い ・ 安定 ・ 遅い
--------------

運動は
-----

できた ・ できてない
-------------

--

増えた ・ 安定 ・ 減った
----------------

--

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

(食欲は) 良 ・ 不良
--------------

(排便は) 良 ・ 不良
--------------

(睡眠は) 良 ・ 不良
--------------

--

服薬忘れが
-------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

--

ご飯も大事なエネルギー源 主食で1日の活動に必要なエ ネルギーをとみましょう。 おかず食いは、塩分のとり過 ぎにつながります。
---

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

# 行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり

血圧は

高い ・ 安定 ・ 低い

脈は

速い ・ 安定 ・ 遅い

運動は

できた ・ できてない

増えた ・ 安定 ・ 減った

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

(食欲は) 良 ・ 不良

(排便は) 良 ・ 不良

(睡眠は) 良 ・ 不良

服薬忘れが

あった ・ 時々 ・ なかった

あった ・ 時々 ・ なかった

栄養は元気の源

栄養が不足すると、筋肉が落ちます。

1人前の量が食べられない場合は、食事の間に補うと良いでしょう。

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--

# 行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり
-------

血圧は
-----

高い ・ 安定 ・ 低い
--------------

脈は
----

速い ・ 安定 ・ 遅い
--------------

運動は
-----

できた ・ できてない
-------------

--

増えた ・ 安定 ・ 減った
----------------

--

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

(食欲は) 良 ・ 不良
--------------

(排便は) 良 ・ 不良
--------------

(睡眠は) 良 ・ 不良
--------------

--

服薬忘れが
-------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

--

筋肉増強にはたんぱく質を 筋肉を作る働きが高まる運動 後に、たんぱく質を摂ること が効果的。 乳製品などは手軽でおすすめ です。
---

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重	kg	kg	kg	kg	
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
できごと					

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
薄味は慣れることから 味覚は2週間程で変化してきます。 薄味に抵抗がある方も、続けてみることで和らいでくるのでは？

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					



行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
-----	-----	-----

/	/	/
---	---	---

/	/	/
---	---	---

/分	/分	/分
----	----	----

/分	/分	/分
----	----	----

--	--	--

分	分	分
---	---	---

歩	歩	歩
---	---	---

kg	kg	kg
----	----	----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
---	---	---	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ふりかえり
-------

血圧は
-----

高い ・ 安定 ・ 低い
--------------

脈は
----

速い ・ 安定 ・ 遅い
--------------

運動は
-----

できた ・ できてない
-------------

--

増えた ・ 安定 ・ 減った
----------------

--

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

(食欲は) 良 ・ 不良
--------------

(排便は) 良 ・ 不良
--------------

(睡眠は) 良 ・ 不良
--------------

--

服薬忘れが
-------

あった ・ 時々 ・ なかった
-----------------

--

新しい発見は寄り道からいつもの散歩道、たまには少し外れてみては？新しい公園やお店を見つけてわくわくするかも。
--

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
良い睡眠をとるために 目が覚めたら日光を取り入れて、体内時間をスイッチオン 昼寝は午後3時まで30分以内で！

わたしの目標体重は

kgです

日付		/ 月	/ 火	/ 水	/ 木
血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/
脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分
運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩
体重		kg	kg	kg	kg
症状を感じたら□に☑印をつけましょう					
自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
薬を飲んだら□に☑印をつけましょう					
服薬チェック	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
できごと					

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
認知障害予防のために 料理は、献立や段取り、時間配分の計算等、計画力や企画力が必要で、認知症予防に効果的です。

わたしの目標体重は

kgです

日付	/	月	/	火	/	水	/	木
----	---	---	---	---	---	---	---	---

血圧	朝	/	/	/	/
	夕	/	/	/	/

脈拍	朝	/分	/分	/分	/分
	夕	/分	/分	/分	/分

運動	種別				
	時間	分	分	分	分
	歩数	歩	歩	歩	歩

体重	kg	kg	kg	kg
----	----	----	----	----

症状を感じたら□に☑印をつけましょう

自覚症状	しんどさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不眠 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間

薬を飲んだら□に☑印をつけましょう

服薬チェック	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

できごと				
------	--	--	--	--

行動目標は

/ 金	/ 土	/ 日
/	/	/
/	/	/
/分	/分	/分
/分	/分	/分
分	分	分
歩	歩	歩
kg	kg	kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間	<input type="checkbox"/> 時間
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ふりかえり
血圧は
高い ・ 安定 ・ 低い
脈は
速い ・ 安定 ・ 遅い
運動は
できた ・ できてない
増えた ・ 安定 ・ 減った
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
あった ・ 時々 ・ なかった
(食欲は) 良 ・ 不良
(排便は) 良 ・ 不良
(睡眠は) 良 ・ 不良
服薬忘れが
あった ・ 時々 ・ なかった
良い睡眠をとるために 目が覚めたら日光を取り入れて、体内時間をスイッチオン 昼寝は午後3時までには30分以内で！

## 3か月のふりかえり

血 圧

- 目標範囲内
- 高かった
- 低かった

体 重

- 目標範囲内
- 増加した      3か月前 \_\_\_\_\_ kg
- 減少した      現 在      \_\_\_\_\_ kg

食事療法

- できた
- できなかった
- 行わなかった

運動療法

- できた
- できなかった
- 行わなかった

行動目標

- できた
- できなかった
- 行わなかった

---

これからの3か月の行動目標

---



検査データなどの貼付に利用してください

# リハビリスタンプ帳

\_\_\_ 月

今月のリハビリ回数

\_\_\_ 月

今月のリハビリ回数

\_\_\_ 月

今月のリハビリ回数

リハビリを行った際に担当者のハンコをもらい、  
リハビリの記録を残しましょう！

月

今月のリハビリ回数

月

今月のリハビリ回数

月

今月のリハビリ回数



監修:京都心臓リハビリテーション研究会

 Otsuka 大塚製薬株式会社