

# MS decade diary

監修：東静岡神経センター 院長  
横山 和正 先生

## 緊急時の連絡先

医療機関名	
担当医師名	
電話番号	

製造販売元

バイオジェン・ジャパン株式会社  
東京都中央区日本橋一丁目4番1号  
www.biogen.co.jp

バイオジェン・パートナーコール

**くすり相談室** ☎ **0120-560-086**  
(フリーダイヤル) 午前9:00～午後5:00  
(祝祭日、会社休日を除く月曜から金曜日まで)

# MS decade diary について

MS decade diaryはご自身の10年後の将来を見据えて現在の症状や治療に向き合うためのダイアリーです。

この「MS decade diary」には、次の4つのパートがあります。

- これからの10年 ..... P.3
- 医師への相談記録 ..... P.6
- 1年間の振り返り記録 ..... P.24
- MRI検査記録 ..... P.32

これからの10年は、ご自身の将来を見据えて現在の症状や治療に向き合うためのページです。

医師への相談記録は、日々の症状や不安など、医師に相談したい内容を整理し、診察時に伝えることができるようにするためのページです。

1年間の振り返り記録は、1年前と今のご自身の状態を比べてみて、1年間で変化があったかどうかを確認するためのページです。

ご自身に合った適切な治療を受けるために、ぜひこれらを活用して現在の状況や今後の希望などを医師に伝えるようにしてください。

また、MSでは症状がなくてもMRI検査の画像上で脳に変化を認めることがあります。MRI検査を受けたときはMRI検査記録に日付や結果を記入し、脳の状態も確認するようにしましょう。

## これからの10年

今までの振り返りや、1、3、5、10年後のご自身の夢や希望、ライフイベントなどを、思いついたときに記入してみましょう。その希望をかなえるために必要なことや心配ごとなどがあれば併せて記入し、診察のときに医師に相談しましょう。



## ● 記入例

3年後 (35歳頃)

年数がぴったり合わない場合は年齢だけでも構いません

### ● 夢、希望など

教育費や治療費を考えると、35歳にはマネージャーに昇進して、もう少し給料アップしたい。  
そのために時短からフルタイムに戻したいけど、再発しないか不安。

### ● 予想されるライフイベント

息子が小学校に入学

生活習慣や行動に影響がありそうなイベントがあれば記入しましょう  
予想されるライフイベントの例：  
仕事、趣味、結婚、妊娠、受験、就職活動 など

今までの振り返り ( 歳)

● 発症した年齢、症状とそれによる生活の変化や、気づき

3年後 ( 歳頃)

● 夢、希望など

● 予想されるライフイベント

現在 ( 歳)

● やりたかったのにまだできていないこと

5年後 ( 歳頃)

● 夢、希望など

● 予想されるライフイベント

1年後 ( 歳頃)

● 夢、希望など

● 予想されるライフイベント

10年後 ( 歳頃)

● 夢、希望など

● 予想されるライフイベント

## 医師への相談記録

MSの治療を続けるなかで、気になることや不安なことが出てきたとき、診察の前に相談記録にまとめておきましょう。

以下の例を参考に、医師に聞きたいことや伝えたいことを整理して、診察時に相談しましょう。



### MS患者さんの相談内容の例

#### 治療のこと

- 同じ治療を続けた場合、治療を変更した場合、費用はどうなりますか
- 薬の種類(注射または飲み薬)を選ぶことはできますか
- 薬がきちんと効いているか気になります
- ときどき薬の服用を忘れてしまいます  
→薬の飲み忘れ/注射のし忘れは治療効果に影響するため、必ず医師に報告しましょう

#### 日常生活のこと

- 運動を今まで通り続けても大丈夫ですか
- 再発しないために普段から気を付けることはありますか
- お酒は飲んで大丈夫ですか
- 食事で気を付けたほうがよいことはありますか

#### 将来のこと(仕事、趣味、結婚、妊娠、受験、就職活動など)

- このまま同じペースで仕事を続けることはできますか
- 子どもが欲しいのですが、出産しても大丈夫か、子どもにMSが遺伝しないか、いろいろ心配です
- これから就職活動が始まるので、再発しないか心配です
- 趣味の○○を続けたいのですが、大丈夫でしょうか

#### 症状のこと

- 今ある症状は、治療を続けていれば改善しますか
- 体調が悪い日が続くと、急に進行しないか心配です
- 気になる症状があるのですが、再発したのでしょうか
- 急に電池が切れたように動けなくなるような、ひどい疲れを感じる場合があります
- 手足に痛みや、チクチク、ピリピリするようなしびれを感じます
- 体の動きがぎこちなく、歩きづらくなった気がします
- 以前に比べて集中力が続きません
- もの忘れが多くなった気がします
- トイレに行く回数が以前よりも増えてきました

→再発を疑う症状など気になる症状が現れた場合は、以下も参考にして、相談記録の「気になる症状」欄に記入しましょう

#### これって再発?と感じたら…

##### 【症状を伝えるときのポイント】

以下について確認し、なるべく詳しく記録しておきましょう

- 症状の内容、日時や期間、程度(つらさ)
- 後遺症か、これまでに起きたことがある症状か、初めて自覚する症状か?
- 出たり消えたりする一時的なものか、ずっと続いているか?  
→初めて自覚する症状が半日~1日以上続く場合は、早めに医師に連絡しましょう

## ● 記入例

診察日： 20XX年 11月 24日 (水)

### ● 最近の気分、体調、生活について

今月になって保育園のクリスマス会の準備であわただしくなったのに加え、仕事も年度末が近づき忙しい。ゆっくり休む時間がとれず、体が重たい感じ。息子が5歳になりました。誕生日は体調も良く、一緒にケーキを食べてお祝いしました。

嬉しかったこと、楽しかったことも書いてみましょう

### ● 気になる症状

11/20(土)に、今まで感じたことがないような、強い体のだるさあり。朝9時頃からお昼まではだるくて動けず横になり、午後は少し回復。でも夕方からまた同じようにだるくなり、家事もできず夜までずっと寝ていた。

### ● 相談したいこと

以前に比べて疲れがとれにくくなった気がする。今のペースで仕事を続けていても大丈夫か心配。

気になる症状の例：  
排尿障害、胃腸障害、認知障害、めまい、しびれ、痛み、ふるえ、視覚障害、脱力、知覚異常 など

### ● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

### ● 気になる症状

---

---

---

---

### ● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---



診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

診察日： 年 月 日 ( )

● 最近の気分、体調、生活について

---

---

---

---

● 気になる症状

---

---

---

---

● 相談したいこと

---

---

---

---

# 1年間の振り返り記録

各項目について、1年前と比べた今の状態をチェックしてみましょう。  
ご自身の生活や健康状態を以前と比べてみることで、変化に気づくことがあります。

気になることがあったら、  
診察のときに医師に見せて相談してみましょう。



## ● 記入例

1年目 [記入日: 20XX年 11月 24日(水)]

日ごろの生活について				
気力や活力	<input checked="" type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> わからない
家族・友人とのつきあい	<input type="checkbox"/> 増えた	<input checked="" type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> わからない
もの忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> わからない
疲労感	<input type="checkbox"/> なくなった	<input checked="" type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
痛み・しびれ	<input checked="" type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
眠り	<input type="checkbox"/> よくなった	<input checked="" type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった	<input type="checkbox"/> わからない

気持ちについて				
気分の落ち込み	<input checked="" type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
楽しみ	<input type="checkbox"/> 増えた	<input checked="" type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> わからない
おだやかな気分	<input checked="" type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> わからない

仕事または勉強について				
仕事・勉強の効率	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input checked="" type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
仕事・勉強の達成度	<input type="checkbox"/> 上がった	<input checked="" type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
仕事・勉強の集中力	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input checked="" type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない

家事について				
家事の効率	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input checked="" type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
家事の達成度	<input type="checkbox"/> 上がった	<input checked="" type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
家事の集中力	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input checked="" type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない

からだの状態	
歩行の状態 ※数字はEDSSを表します。歩行機能はEDSSの指標の一つです。	
手足・からだ	筋力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 持久力がない <input checked="" type="checkbox"/> 弱い(部位: <b>右手</b> ) 筋力の弱さ( <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 ) <input type="checkbox"/> 力が入るがバランス不良 <input type="checkbox"/> ガクガクする <input type="checkbox"/> 突っ張る
	感覚 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 締め付け <input type="checkbox"/> つっぱり感 <input checked="" type="checkbox"/> 感覚低下( <input type="checkbox"/> 痛み <input checked="" type="checkbox"/> 温度 <input type="checkbox"/> 触覚 <input type="checkbox"/> 指の位置 ) (部位: )
	排泄 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尿がでにくい <input checked="" type="checkbox"/> 頻尿( <input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 ) <input type="checkbox"/> 失禁( <input type="checkbox"/> たまにある <input type="checkbox"/> よくある ) <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 性欲減退 <input type="checkbox"/> その他( )
頭部	顔 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 感覚低下 <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 (異常部位: ) <input type="checkbox"/> その他( )
	目 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> かすむ <input checked="" type="checkbox"/> 目を動かさず痛い <input type="checkbox"/> まぶしく感じる <input type="checkbox"/> 視力が落ちた <input type="checkbox"/> 見えにくい部分がある <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 物が揺れて見える <input type="checkbox"/> その他( )
	口 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ろれつが回らない <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 鼻声 <input type="checkbox"/> 物が飲み込みにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> その他( )

ストレス、ふるえ、胃腸障害など、他にも気になることで悪化、改善などの変化がある場合は記入してください

以前、右手にあったふるえはなくなりました。  
仕事が忙しく、ストレスを感じることも増えました。

### 日ごろの生活について

気力や活力	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> わからない
家族・友人とのつきあい	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> わからない
もの忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> わからない
疲労感	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
痛み・しびれ	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
眠り	<input type="checkbox"/> よくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった	<input type="checkbox"/> わからない

### 気持ちについて

気分の落ち込み	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
楽しみ	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> わからない
おだやかな気分	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> わからない

### 仕事または勉強について

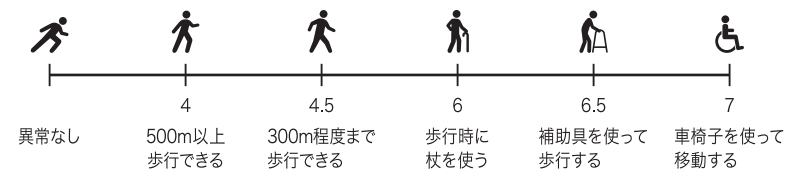
仕事・勉強の効率	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
仕事・勉強の達成度	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
仕事・勉強の集中力	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない

### 家事について

家事の効率	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
家事の達成度	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
家事の集中力	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない

### からだの状態

歩行の状態 ※数字はEDSSを表します。歩行機能はEDSSの指標の一つです。



手足・からだ	筋力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 持久力がない <input type="checkbox"/> 弱い(部位: ) 筋力の弱さ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) <input type="checkbox"/> 力が入るがバランス不良 <input type="checkbox"/> ガクガクする <input type="checkbox"/> 突っ張る
	感覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 締め付け <input type="checkbox"/> つっぱり感 <input type="checkbox"/> 感覚低下( <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 温度 <input type="checkbox"/> 触覚 <input type="checkbox"/> 指の位置)(部位: )
	排泄	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尿がでにくい <input type="checkbox"/> 頻尿(昼、夜) <input type="checkbox"/> 失禁( <input type="checkbox"/> たまにある <input type="checkbox"/> よくある) <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 性欲減退 <input type="checkbox"/> その他( )
頭部	顔	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 感覚低下 <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 (異常部位: ) <input type="checkbox"/> その他( )
	目	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> 目を動かすと痛い <input type="checkbox"/> まぶしく感じる <input type="checkbox"/> 視力が落ちた <input type="checkbox"/> 見えにくい部分がある <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 物が揺れて見える <input type="checkbox"/> その他( )
	口	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ろれつが回らない <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 鼻声 <input type="checkbox"/> 物が飲み込みにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> その他( )

ストレス、ふるえ、胃腸障害など、他にも気になることで悪化、改善などの変化がある場合は記入してください

### 日ごとの生活について

気力や活力	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> わからない
家族・友人とのつきあい	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> わからない
もの忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> わからない
疲労感	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
痛み・しびれ	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
眠り	<input type="checkbox"/> よくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった	<input type="checkbox"/> わからない

### 気持ちについて

気分の落ち込み	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
楽しみ	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> わからない
おだやかな気分	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> わからない

### 仕事または勉強について

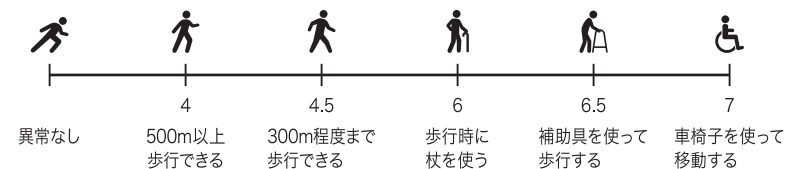
仕事・勉強の効率	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
仕事・勉強の達成度	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
仕事・勉強の集中力	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない

### 家事について

家事の効率	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
家事の達成度	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
家事の集中力	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない

### からだの状態

歩行の状態 ※数字はEDSSを表します。歩行機能はEDSSの指標の一つです。



手足・からだ	筋力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 持久力がない <input type="checkbox"/> 弱い(部位: ) 筋力の弱さ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) <input type="checkbox"/> 力が入るがバランス不良 <input type="checkbox"/> ガクガクする <input type="checkbox"/> 突っ張る
	感覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 締め付け <input type="checkbox"/> つっぱり感 <input type="checkbox"/> 感覚低下( <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 温度 <input type="checkbox"/> 触覚 <input type="checkbox"/> 指の位置)(部位: )
	排泄	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尿がでにくい <input type="checkbox"/> 頻尿(昼、夜) <input type="checkbox"/> 失禁( <input type="checkbox"/> たまにある <input type="checkbox"/> よくある) <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 性欲減退 <input type="checkbox"/> その他( )
頭部	顔	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 感覚低下 <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 (異常部位: ) <input type="checkbox"/> その他( )
	目	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> 目を動かすと痛い <input type="checkbox"/> まぶしく感じる <input type="checkbox"/> 視力が落ちた <input type="checkbox"/> 見えにくい部分がある <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 物が揺れて見える <input type="checkbox"/> その他( )
	口	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ろれつが回らない <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 鼻声 <input type="checkbox"/> 物が飲み込みにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> その他( )

ストレス、ふるえ、胃腸障害など、他にも気になることで悪化、改善などの変化がある場合は記入してください

### 日ごろの生活について

気力や活力	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> わからない
家族・友人とのつきあい	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> わからない
もの忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> わからない
疲労感	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
痛み・しびれ	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
眠り	<input type="checkbox"/> よくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪くなった	<input type="checkbox"/> わからない

### 気持ちについて

気分の落ち込み	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> わからない
楽しみ	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> わからない
おだやかな気分	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> なくなった	<input type="checkbox"/> わからない

### 仕事または勉強について

仕事・勉強の効率	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
仕事・勉強の達成度	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
仕事・勉強の集中力	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない

### 家事について

家事の効率	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
家事の達成度	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない
家事の集中力	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 下がった	<input type="checkbox"/> わからない

### からだの状態

歩行の状態 ※数字はEDSSを表します。歩行機能はEDSSの指標の一つです。

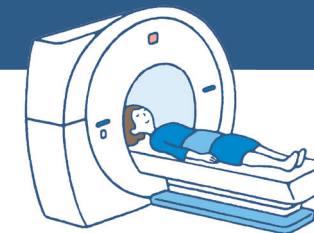
手足・からだ	筋力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 持久力がない <input type="checkbox"/> 弱い(部位: ) 筋力の弱さ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) <input type="checkbox"/> 力が入るがバランス不良 <input type="checkbox"/> ガクガクする <input type="checkbox"/> 突っ張る
	感覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 締め付け <input type="checkbox"/> つっぱり感 <input type="checkbox"/> 感覚低下( <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 温度 <input type="checkbox"/> 触覚 <input type="checkbox"/> 指の位置)(部位: )
	排泄	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尿がでにくい <input type="checkbox"/> 頻尿(昼、夜) <input type="checkbox"/> 失禁( <input type="checkbox"/> たまにある <input type="checkbox"/> よくある) <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 性欲減退 <input type="checkbox"/> その他( )
頭部	顔	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 感覚低下 <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 (異常部位: ) <input type="checkbox"/> その他( )
	目	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> 目を動かすと痛い <input type="checkbox"/> まぶしく感じる <input type="checkbox"/> 視力が落ちた <input type="checkbox"/> 見えにくい部分がある <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 物が揺れて見える <input type="checkbox"/> その他( )
	口	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ろれつが回らない <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 鼻声 <input type="checkbox"/> 物が飲み込みにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> その他( )

ストレス、ふるえ、胃腸障害など、他にも気になることで悪化、改善などの変化がある場合は記入してください



# MRI検査記録

MRI検査を受けたときに、日付と検査内容、検査結果、医師のコメントなどを記録しておきましょう。



## 検査結果・メモ

検査日:           年           月           日(           )  
検査内容:  頭部    脊髄    造影あり    造影なし

検査日:           年           月           日(           )  
検査内容:  頭部    脊髄    造影あり    造影なし

検査日:           年           月           日(           )  
検査内容:  頭部    脊髄    造影あり    造影なし

検査日:           年           月           日(           )  
検査内容:  頭部    脊髄    造影あり    造影なし

検査日:           年           月           日(           )  
検査内容:  頭部    脊髄    造影あり    造影なし

## 検査結果・メモ

検査日:           年           月           日(           )  
検査内容:  頭部    脊髄    造影あり    造影なし

検査日:           年           月           日(           )  
検査内容:  頭部    脊髄    造影あり    造影なし

検査日:           年           月           日(           )  
検査内容:  頭部    脊髄    造影あり    造影なし

検査日:           年           月           日(           )  
検査内容:  頭部    脊髄    造影あり    造影なし

検査日:           年           月           日(           )  
検査内容:  頭部    脊髄    造影あり    造影なし

## MS患者さん向けアプリ 「Cleo」のご紹介

「Cleo(クレオ)」は、MS患者さんの毎日をサポートするスマートフォン用アプリです。体調の変化や気になる症状は、Cleoで記録することもできます。



### Cleo(クレオ)の3つの機能



#### 調べる

MSに関する記事・動画を随時更新



#### ダイアリー

症状などの記録や共有、服薬などのお知らせ機能

日々の体調や症状を簡単に記録でき、経時的な変化をグラフで見たり、医師と共有することができます。



#### プログラム

専門医監修の運動プログラムを動画で紹介

URLまたは  
二次元コードからダウンロード

▶ [www.cleo-app.jp](http://www.cleo-app.jp)



※ダウンロードは無料です