

日付： _____ / _____ / _____

ドジョルビの1日の服用量 _____ mL / 日

絶食時間の上限 _____ 時間

MCTオイル・MCTミルクの1日の服用量 _____ mL / 日

食事からの1日の脂肪摂取量 _____ g

	飲んだ量 (服用量)	飲んだ (服用した) 時間	メモ (体調や気になったことなど)
1回目	mL	:	
2回目	mL	:	
3回目	mL	:	
4回目	mL	:	
5回目	mL	:	
6回目	mL	:	
7回目	mL	:	
8回目	mL	:	

1日あたりの食事からの脂肪摂取量

食べた物	脂肪量
_____	g
_____	g
_____	g
_____	g
_____	g
_____	g
1日の合計：	g

医療機関名 / 主治医 / 電話番号 _____ / _____ / _____