

ジレニア® ダイアリー

2022

お名前

電話番号

お名前、電話番号の記載がありますので、お取り扱いにご注意ください。



【監修】

福島県立医科大学 多発性硬化症治療学講座 教授／
一般財団法人 脳神経疾患研究所 多発性硬化症・視神経脊髄炎センター センター長
藤原 一男 先生

 NOVARTIS

多発性硬化症に関する情報やお役立ち情報などは、
下記webサイトでご覧いただけます！

多発性硬化症.jp

多発性硬化症.jp

検索



ジレニアを服用される患者さんへ

- 医療機関(病院、薬局など)を受診される際は、医師・薬剤師の先生に、**本手帳を必ずお見せ**ください。

患者さんから本手帳を提示された医師・薬剤師の先生方へ

- 患者さんは**多発性硬化症治療薬ジレニア®(フィンゴリモド)**を服用しています。
- ジレニア服用後、**重大な副作用(徐脈性不整脈、感染症、黄斑浮腫、肝機能異常など)**が発現するおそれがあります。確認され次第、1ページに記載の医師にご連絡ください。
- **妊婦または妊娠している可能性のある女性**の方には禁忌となっていますので、そのような方がジレニアを服用している場合は、1ページに記載の医師にご連絡ください。
- ジレニア服用中は、**生ワクチンを接種できません。**
- ジレニアは、**クラス Ia、クラス III 抗不整脈剤と併用できません。**
- ジレニアを初めて服用する場合は、**服用後少なくとも6時間のバイタルサインの観察と、服用前と6時間後などに心電図検査が必要とされ、24時間の観察が推奨されています。**心電図検査については1または2ページに記載の医師の指示を受けてください。**休薬後に服用を再開する場合も、初めて服用する場合と同様の注意が必要となる場合があります。**

ノバルティス ファーマ株式会社

GIL00003GK0009
2020年11月作成
2021年10月改訂

多発性硬化症(MS)治療施設

MS受診施設

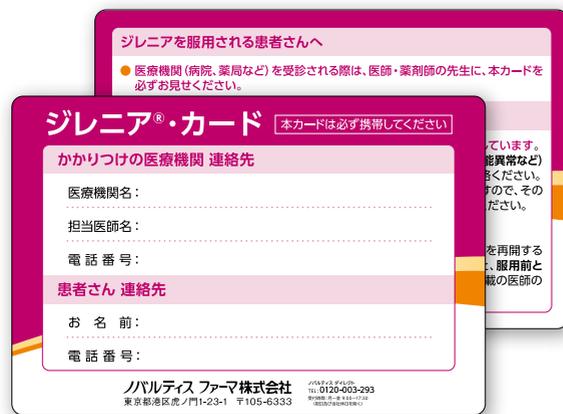
医療機関名 _____

担当医師名 _____

住所 _____

電話番号 _____

▼『ジレニア・カード』



『ジレニア・カード』は
お薬手帳やご自身の手帳、
またはお財布などには
さむなどして、
必ず携帯してください！

※ジレニア・カードは、小冊子
『ジレニアを処方された患者
さん、ご家族のみなさまへ』
の中に入っています。

医療機関(病院、薬局など)を受診される際は、医師・薬剤師の先生に、『ジレニア・カード』またはこの患者手帳である『ジレニアダイアリー』を必ず見せてください。(これにより、現在あなたがジレニアを服用していることを先生に理解してもらえます)

なお、『ジレニア・カード』や『ジレニアダイアリー』を忘れると、保険薬局における薬剤交付に時間がかかることがあります。

連携医療施設

かかりつけ医

医療機関名 _____

担当医師名 _____

住所 _____ 電話番号 _____

眼科

医療機関名 _____

担当医師名 _____

住所 _____ 電話番号 _____

その他(循環器科など)

医療機関名 _____

担当医師名 _____

住所 _____ 電話番号 _____

かかりつけ薬局

医療機関名 _____

担当薬剤師名 _____

住所 _____ 電話番号 _____

ジレニア初回服薬記録

- 投与後少なくとも6時間はバイタルサインの観察を行うこと
- 投与前および投与6時間後に12誘導心電図を測定すること
- 投与後24時間は心拍数および血圧の測定に加え、連続的に心電図をモニターすることが望ましい

年 月 日

施設名 医師名

薬剤師名

観察記録 服薬時間 時 分

| | 心拍数 | 血 圧 | 心電図 | その他の所見・処置 |
|----------------|-----|--------|-------------------------------------|-----------|
| 12誘導心電図 0時間 | bpm | / mmHg | <input type="checkbox"/> 異常なし 所見 | |
| 1時間 | bpm | / mmHg | | |
| 2時間 | bpm | / mmHg | | |
| 3時間 | bpm | / mmHg | | |
| 4時間 | bpm | / mmHg | | |
| 5時間 | bpm | / mmHg | | |
| 12誘導心電図 6時間 | bpm | / mmHg | <input type="checkbox"/> 異常なし 所見 | |
| 7時間 | bpm | / mmHg | | |
| 8時間 | bpm | / mmHg | | |
| 9時間 | bpm | / mmHg | | |
| 10時間 | bpm | / mmHg | | |

| | 心拍数 | 血 圧 | 心電図やその他の所見・処置 |
|------|-----|--------|---------------|
| 11時間 | bpm | / mmHg | |
| 12時間 | bpm | / mmHg | |
| 13時間 | bpm | / mmHg | |
| 14時間 | bpm | / mmHg | |
| 15時間 | bpm | / mmHg | |
| 16時間 | bpm | / mmHg | |
| 17時間 | bpm | / mmHg | |
| 18時間 | bpm | / mmHg | |
| 19時間 | bpm | / mmHg | |
| 20時間 | bpm | / mmHg | |
| 21時間 | bpm | / mmHg | |
| 22時間 | bpm | / mmHg | |
| 23時間 | bpm | / mmHg | |
| 24時間 | bpm | / mmHg | |

帰宅可能基準

観察期間終了時(24時間が推奨される)に、下記の3項目がすべて満たされたことを確認した上で、帰宅可能か否かをご判断ください。

- 帰宅時の心拍数が、投与前の心拍数の80%を超えている(45bpmを超えていることが望ましい)。
- 帰宅時の心拍数が、投与6時間後までに認められた最低値を上回る。
- 帰宅時に、徐脈性不整脈に関連する徴候・症状(浮動性めまい、疲労、動悸など)、および心電図異常所見がみられない(安定している)。

観察継続 不要 要

時 分 bpm

時 分 bpm

時 分 bpm

時 分 bpm

ジレニア休薬後投与時服薬記録

休薬後に服用を再開する場合、投与期間や休薬期間に応じて以下の注意が必要となる場合があります

- 投与後少なくとも6時間はバイタルサインの観察を行うこと
- **投与前**および**投与6時間後**に12誘導心電図を測定すること
- 投与後24時間は心拍数および血圧の測定に加え、連続的に心電図をモニターすることが望ましい

年 月 日

施設名

医師名

薬剤師名

観察記録

服薬時間 時 分

心拍数

血 圧

心電図

その他の所見・処置

12誘導心電図

| | | | | |
|-----|-----|---|------|-------------------------------------|
| 0時間 | bpm | / | mmHg | <input type="checkbox"/> 異常なし 所見 |
| 1時間 | bpm | / | mmHg | |
| 2時間 | bpm | / | mmHg | |
| 3時間 | bpm | / | mmHg | |
| 4時間 | bpm | / | mmHg | |
| 5時間 | bpm | / | mmHg | |

12誘導心電図

| | | | | |
|------|-----|---|------|-------------------------------------|
| 6時間 | bpm | / | mmHg | <input type="checkbox"/> 異常なし 所見 |
| 7時間 | bpm | / | mmHg | |
| 8時間 | bpm | / | mmHg | |
| 9時間 | bpm | / | mmHg | |
| 10時間 | bpm | / | mmHg | |

心拍数

血 圧

心電図やその他の所見・処置

| | | | |
|------|-----|---|------|
| 11時間 | bpm | / | mmHg |
| 12時間 | bpm | / | mmHg |
| 13時間 | bpm | / | mmHg |
| 14時間 | bpm | / | mmHg |
| 15時間 | bpm | / | mmHg |
| 16時間 | bpm | / | mmHg |
| 17時間 | bpm | / | mmHg |
| 18時間 | bpm | / | mmHg |
| 19時間 | bpm | / | mmHg |
| 20時間 | bpm | / | mmHg |
| 21時間 | bpm | / | mmHg |
| 22時間 | bpm | / | mmHg |
| 23時間 | bpm | / | mmHg |
| 24時間 | bpm | / | mmHg |

24時間

帰宅可能基準

観察期間終了時(24時間が推奨される)に、下記の3項目がすべて満たされたことを確認した上で、帰宅可能か否かをご判断ください。

- 帰宅時の心拍数が、投与前の心拍数の80%を超えている(45bpmを超えていることが望ましい)。
- 帰宅時の心拍数が、投与6時間後までに認められた最低値を上回る。
- 帰宅時に、徐脈性不整脈に関連する徴候・症状(浮動性めまい、疲労、動悸など)、および心電図異常所見がみられない(安定している)。

観察継続

不要

要

| | | |
|---|---|-----|
| 時 | 分 | bpm |

1 MS治療薬 ジレニア[®]について

再発や進行を防ぐお薬です

MSは症状が現れたり、消えたりを繰り返す病気です。症状が現れている時期を「再発」、症状がない時期を「寛解」と呼びます。寛解の状態をできるだけ維持することで、MSでない人と同じように生活を送ることができます。

ジレニアは、MSの再発を予防し、症状の進行を抑えることで、症状がない寛解の状態を維持することが期待されるお薬です。

ジレニアの服用のしかた

- 1日1回、1カプセルを水かぬるま湯で服用してください。
- ジレニアの服用は食後である必要はありません。飲み忘れを予防するため、毎日決まった時間に服用するようにしましょう。



飲み忘れた場合

- ジレニアを飲み忘れた場合、次の服用時に心拍数の低下や心伝導の異常が現れやすくなりますので、**飲み忘れることがないように十分に注意してください。**
- 飲み忘れた場合は、**その日のうちであれば、すぐに1カプセルを服用してください。**翌日に気がついた場合には、**医師や薬剤師に相談してください。**



注意すること

- 患者さんの判断で、ジレニアの服用を中断しないでください。
ジレニアは、MSの再発や進行を防ぐお薬です。そのため、一見すると症状がないように思えるときでも、お薬を続けることが大切です。
- ジレニアの服用を忘れてたり中断した場合は、決してそのまま服用を再開せず、必ず医師や薬剤師に相談してください。
ジレニアの服用を中断した後に再開するときには、**はじめて服用するときと同様に医療機関で服用し**、服用後24時間は心拍数や血圧などの観察が必要になる場合があります。服用前と6時間後などに心電図検査が必要になる場合もありますので、主治医の指示に従ってください。入院が必要になる場合もあります(詳しくは副作用のページをご確認ください)。
- 女性の患者さんでは、ジレニアを服用中、または服用中止後少なくとも2ヵ月間は、妊娠や授乳を避けてください。
ジレニアは、胎児の発育に影響を及ぼす危険性があると考えられています。ジレニアを服用中の女性の患者さんは**必ず避妊し、授乳も避けてください。**また、妊娠の可能性がある場合には、すぐに医師に相談してください。
- 他の医療機関や診療科を受診する際は、ジレニアを服用中であることを医師、薬剤師に伝えてください。また、他の医療機関などでお薬が処方された場合には、必ず主治医に報告してください。
他の医療機関を受診した場合には、医師や薬剤師にジレニア・カードまたはジレニアダイアリーを提示して、ジレニアを服用中であることを伝えてください。また、本手帳に他の医療機関の受診記録や処方されたお薬をメモしておく、主治医と一緒に確認することができます。
- ジレニアは、「25℃以下」の場所で保管してください。
・乳幼児、小児の手の届かないところで、直射日光、高温、湿気、凍結を避けて25℃以下で保管してください。
(夏場は車の中などの高温になるところには置かないでください。冷凍庫など、凍結する場所で保管しないでください)

ジレニア[®]服用中に 注意していただきたいこと

ジレニアの服用中にみられる「重要な副作用」について紹介します。副作用は早期に発見し、早めに適切な治療を行うことで、重症化を防ぐことができます。そのため、**重要な副作用についてあらかじめ知っておき、少しでも異常を感じたら、すぐに主治医に相談してください。**

徐脈性不整脈について

ジレニアを初めて服用する日は心拍数が低下しやすく、それに関連した症状(めまい、ふらつきなど)が現れることがあります。



- ジレニアを初めて服用した後は、**24時間、医療機関で心拍数や血圧などを観察**することが推奨されています。また、服用前と6時間後などに心電図検査が必要とされています。なお、心電図検査については、先生の指示に従ってください。入院が必要になる場合もあります。
- また、**勝手に帰宅せず**、必ず主治医の指示のもと対応してください。
- 服用開始1ヵ月後までは、自動車の運転など危険を伴う機械の作業を行う際は注意してください。
- 帰宅後も何か異常を感じたら、すぐに主治医に連絡してください。
- ジレニアの**服用を中止していた後に服用を再開する場合**も、初めての服用時と同様、24時間は医療機関で心拍数や血圧などの観察、および心電図の検査が必要となる場合があります。
- 以下の不整脈のお薬を、ジレニアと一緒に服用してはいけません。
 - ・クラスIa抗不整脈剤(キニジン、プロカインアミド など)
 - ・クラスIII抗不整脈剤(アミオダロン、ソタロール など)
- その他、心臓系の疾患やそれに対する治療薬がある場合は、主治医に相談してください。

感染症について

ジレニアの服用中は血液中のリンパ球数が減少し、細菌やウイルスなどによる感染症にかかりやすくなっています。



- リンパ球の状態を知っておくためにも、ジレニアの服用中は、主治医の指示のもと**定期的に血液検査を受けてください。**
- 海外の臨床試験で重篤な感染症により死亡に至った症例が報告されているため、ジレニアの服用中および服用中止後2ヵ月間は感染症に注意し、**風邪などの感染症の症状が現れたら、すぐに主治医に連絡**してください。
(発熱、咳・くしゃみ、体がだるい、寒気、喉が痛い、鼻水・鼻づまり など)
- 帯状疱疹**が疑われる**症状が現れたら、すぐに主治医に連絡**してください。
(赤い発疹、ピリピリした痛み など)
- 進行性多巣性白質脳症(PML)**が疑われる**症状が現れたら、すぐに主治医に連絡**してください。
(意識がなくなる、考えがまとまらない、物忘れ、手足のまひ、しゃべりにくい、見えにくい など)
- ワクチン接種を希望される場合は、主治医に相談してください。

ジレニア[®]服用中に 注意していただきたいこと

眼の病気（黄斑浮腫[★]）について

ジレニアの服用初期に、眼の病気である黄斑浮腫が現れることがあります。(p43,44参照)

★:黄斑浮腫とは、眼の奥にある網膜の中心部の「黄斑」という場所が腫れた状態をいいます。黄斑浮腫になると、霧がかって見えたり、視力が低下するなどの症状がみられますが、症状がない場合も多くあります。



- 黄斑浮腫の初期は症状がない場合が多いため、早期発見のためにも、ジレニアの服用開始3~4ヵ月後には、主治医の指示のもと必ず眼科を受診し、眼科検査を受けてください。
- 眼の症状が現れた場合は、すぐに主治医に連絡してください。

肝臓の機能について

ジレニアの服用中、肝臓の機能(肝機能)に異常が現れることがあります。(p41,42参照)

- 肝機能障害の早期発見のためにも、ジレニアの服用中は、主治医の指示のもと定期的に肝機能検査を受けてください。
- 肝機能障害によるものと思われる次のような症状が現れた場合は、すぐに肝機能検査を受けてください。〔吐き気がする／吐く、お腹が痛い、体がだるい、食欲がない、体や白目の部分が黄色っぽい(黄疸)、尿の色が濃い(暗色尿)など〕



その他の 注意事項

妊娠について(女性の方へ)

- 妊婦または妊娠している可能性のある方は、ジレニアを服用できません。
- ジレニアの服用中および服用中止後2ヵ月間は、胎児に及ぼすリスク(危険)を避けるために必ず避妊してください。授乳も避けてください。
- ジレニアの服用中に妊娠が確認された場合は、すぐにジレニアの服用を中止する必要があります。



ジレニア® ダイアリーの 活用のしかた

MSと上手につきあっていくためには、再発予防のお薬を続けることや体調管理が重要です。お薬による副作用やMSの再発を早期に発見し対処するためにも、気になったことは記録するようにしましょう。

副作用について

- ジレニアはきちんと服用することが大切です。飲み忘れを予防するため、お薬を服用した日にチェック をつけましょう。
- 次回の受診日が決まったらカレンダーに記入し、忘れず受診しましょう。
- お薬による副作用が現れる場合があります。カレンダーの左にある症状チェックリストと照らし合わせて、当てはまるものがあればカレンダーに書き込みましょう。
- また、副作用を早期に発見するためには、血液検査や眼科での定期的な検査が重要です。本手帳の最後には、血液検査、眼科での検査結果を記録するページがあります。検査結果を主治医と一緒に確認するなど、副作用対策にご活用ください。



書き込み例

お薬を飲んだらチェック

受診予定日や、眼科検査の予定日なども記録

12
2021年
December

| 日 | 月 | 火 | 水 |
|---------------------------------------|---|--|---|
| 28 | 29 | 30 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 5 | <input checked="" type="checkbox"/> 6 | <input checked="" type="checkbox"/> 7 受診日 | |
| <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 眼科 | <input type="checkbox"/> 14 | |
| <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 ⑫ なんとなくだるくて仕事休んだ | <input type="checkbox"/> 21 | |
| <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 ③ 37.5度 | |

● 症状チェックリスト

- めまい、ふらつき
- 動悸がする
- 発熱(寒気がする)
- 咳、のどの痛み
- くしゃみ、鼻水
- 視力が低下した
- 目の前がかすんで見える
- 吐き気(吐いた)
- 食欲がない
- お腹が痛い
- 黄疸(白目が黄色くなる)
- 疲れやすい、体がだるい

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)

症状チェックリストの番号を書いて具体的に

※祝日および祝日名は、法改正により変更になる場合があります。

12

2021年
December



副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 28 | 29 | 30 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 |
| <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 |
| <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 31 | 1 |

● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)

1

2022年
January



副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 |
|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 26 | 27 | 28 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 9 | 成人の日 <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 |
| <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 |
| <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 31 | 1 |

| 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 29 | 30 | 31 | 元日 <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 |
| <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 |
| <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 |
| 2 | 3 | 4 | 5 |

● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)

2

2022年
February



● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 30 <input type="checkbox"/> 30 | 31 <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | 建国記念の日 <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 |
| <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 |
| <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | 天皇誕生日 <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 |
| <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)

3

2022年
March



副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 27 <input type="checkbox"/> 6 | 28 <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 |
| <input type="checkbox"/> 20 | 春分の日 <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 |
| <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 31 | 1 | 2 |

● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)

4

2022年
April



副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 |
| <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | 昭和の日 <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 |

● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)

5

2022年
May



副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 憲法記念日 <input type="checkbox"/> 3 | みどりの日 <input type="checkbox"/> 4 | こどもの日 <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 |
| <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 |
| <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 |
| <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 31 | 1 | 2 | 3 | 4 |

● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)

6

2022年
June



● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 29 <input type="checkbox"/> 5 | 30 <input type="checkbox"/> 6 | 31 <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 |
| <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 |
| | | | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 | 1 | 2 |

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)

7

2022年
July



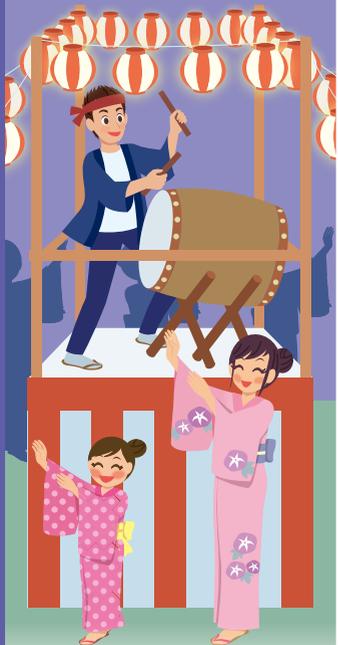
● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 17 | 海の日 <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 |
| <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 |
| <input type="checkbox"/> 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)



● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 31 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 |
| <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 |

| 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 10 | <small>山の日</small> <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 |
| <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 |
| <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 |
| <input type="checkbox"/> 31 | 1 | 2 | 3 |

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)



副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 28 | 29 | 30 | 31 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 |
| <input type="checkbox"/> 18 敬老の日 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 秋分の日 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 |
| <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 | 1 |

● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)

10

2022年
October



● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 25 | 26 | 27 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 9 | スポーツの日 <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 |
| <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 |
| <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 31 | 1 |

| 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 28 | 29 | 30 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 |
| <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 |
| <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 |
| 2 | 3 | 4 | 5 |

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)



● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 30 | 31 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 |
| <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 |
| <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 |

| 水 | 木 | 金 | 土 |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2 | 文化の日 <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 |
| <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 |
| 勤労感謝の日 <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 |
| <input type="checkbox"/> 30 | 1 | 2 | 3 |

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)



副作用対策のため、定期的に血液検査、眼科での検査を受けましょう。

| 日 | 月 | 火 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 27 | 28 | 29 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 |
| <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 |
| <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 |

| 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 30 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 |
| <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 |
| <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 31 |

● 症状チェックリスト

- ① めまい、ふらつき
- ② 動悸がする
- ③ 発熱(寒気がする)
- ④ 咳、のどの痛み
- ⑤ くしゃみ、鼻水
- ⑥ 視力が低下した
- ⑦ 目の前がかすんで見える
- ⑧ 吐き気(吐いた)
- ⑨ 食欲がない
- ⑩ お腹が痛い
- ⑪ 黄疸(白目が黄色くなる)
- ⑫ 疲れやすい、体がだるい

● メモ(気になること、先生に相談したいこと)

血液・尿検査

症状として現れにくいからだの状態の変化や、薬の副作用の有無を調べるのが主な目的です。特にジレニアを服用中の患者さんでは、リンパ球減少の程度(p10参照)や肝臓が正常に機能しているかを定期的に調べる必要があります。

肝臓の機能を示す主な検査項目

(p11参照)

- ALT (GPT)、AST (GOT) : ALT、ASTは細胞内で作られる酵素です。これらの数値が基準値を超えた場合には、肝臓が障害を受けてこれらの酵素が血液中に漏れ出していることを示します。
- γ -GTP : 肝臓や腎臓などで作られる酵素ですが、アルコールの飲みすぎやある種のお薬によってたくさん作られるようになると、基準値を超える場合があります。
- ALP : からだのさまざまな細胞で作られる酵素です。薬物性肝障害などを発症すると、血液中の濃度が基準値を超えて上昇します。

尿検査の目的

尿検査は腎臓の機能を知るためには欠かせない大切な検査です。尿の色調や濁りの有無、尿中に含まれるタンパクや糖の量などを調べます。

〈血液・尿検査結果〉

| 年 月 日 | | | |
|-----------------|------|-------------|------|
| 血液検査結果 | | | |
| ・ ALT (GPT) | IU/L | ・ AST (GOT) | IU/L |
| ・ γ -GTP | IU/L | ・ ALP | IU/L |
| ・ その他の異常値 | | | |
| 尿検査 | | | |
| ・ 異常が見られた項目 | | | |

| 年 月 日 | | | |
|-----------------|------|-------------|------|
| 血液検査結果 | | | |
| ・ ALT (GPT) | IU/L | ・ AST (GOT) | IU/L |
| ・ γ -GTP | IU/L | ・ ALP | IU/L |
| ・ その他の異常値 | | | |
| 尿検査 | | | |
| ・ 異常が見られた項目 | | | |

| 年 月 日 | | | |
|-----------------|------|-------------|------|
| 血液検査結果 | | | |
| ・ ALT (GPT) | IU/L | ・ AST (GOT) | IU/L |
| ・ γ -GTP | IU/L | ・ ALP | IU/L |
| ・ その他の異常値 | | | |
| 尿検査 | | | |
| ・ 異常が見られた項目 | | | |

| 年 月 日 | | | |
|-----------------|------|-------------|------|
| 血液検査結果 | | | |
| ・ ALT (GPT) | IU/L | ・ AST (GOT) | IU/L |
| ・ γ -GTP | IU/L | ・ ALP | IU/L |
| ・ その他の異常値 | | | |
| 尿検査 | | | |
| ・ 異常が見られた項目 | | | |

ジレニアの副作用では、「黄斑浮腫^{おうはんふしゅ}」という眼の障害が現れることがあります。ジレニアの服用開始から3～4か月以内に比較的多く見られることから、服用開始後3か月を目安に眼科で検査を受けてください。また、視力や見え方に異常を感じた場合は、すぐに医師に相談してください。

MSでは、再発の症状として視力障害などが現れる場合もあるため、主治医と相談し定期的に検査を受けることをおすすめします。

検査項目

(p11参照)

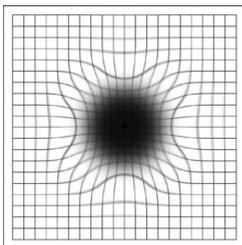
- 視力検査:まず、通常の視力検査を行います。
- 眼底検査:眼底鏡を用いるなどして、出血やむくみがないかなど、網膜の状態を調べます。
- 光干渉断層計検査(OCT):眼底組織の状態をさらに詳しく調べる検査です。網膜のわずかな肥厚など、初期の黄斑浮腫の判定に役立ちます。

! 下のようものがゆがんで見えるなど異常を感じたときは、**すぐに医師に相談してください。**

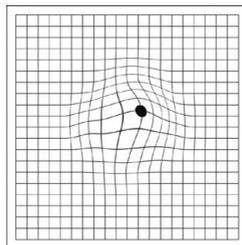
セルフチェックのしかた

眼鏡をしたまま右ページの図(アムスラーチャート)を30cm離れた状態で、片目ずつ見てください。

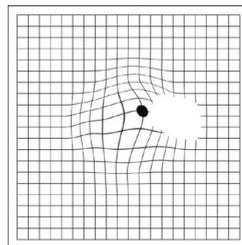
下図のように見えたり、以前と比べて見え方がひどくなった場合は、担当医に相談しましょう。



線がぼやけて薄暗く見える



中心がゆがんで見える



部分的にかけて見える

アムスラーチャート

