

イクスタンジ錠を服用される患者さんのための

治療ダイアリー

はじめに

前立腺がんの治療では、男性ホルモン(アンドロゲン)の生成や働きを抑えるホルモン療法(内分泌療法)を行います。

しかし、ホルモン療法を数年続けると再発(がん細胞が再び増殖を始める)してしまうことがあり、このような病態を「去勢抵抗性前立腺がん」といいます。

また、診断された時点で前立腺に隣接する組織に転移している場合や、骨や内臓などに転移(遠隔転移)している場合があります。また、治療中に転移する場合があります。これらの病態を「転移のある前立腺がん」といい、より強力にがん細胞の増殖を抑える必要があります。

イクスタンジは前立腺がん細胞の増殖を抑える新規抗アンドロゲン剤であり、去勢抵抗性前立腺がん、遠隔転移のある前立腺がんの治療に使用されます。

この冊子は、主治医または看護師、薬剤師などの医療スタッフに対して、イクスタンジ服用中の様子を詳しく、正確にお伝えいただくための一助としてご活用ください。疑問や気になることなどがございましたら、医療スタッフにご相談ください。

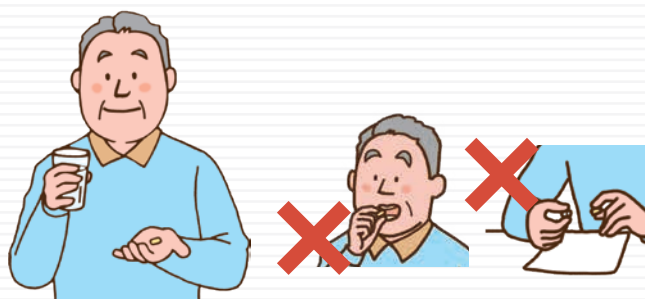


PSAとは、前立腺細胞から血液に分泌されるたんぱく質で、血液中のPSA値が高いと、がん細胞が増殖している(再燃している)可能性があります。

イクスタンジの服用について

イクスタンジ錠を服用する際は1錠ずつ十分量の水で服用してください。

嚙んだり、溶かしたり、割ったりしないで、そのまま飲み込んでください。



通常、イクスタンジ80mg錠は1日1回2錠(160mg)服用します。

主治医に相談することなく、自己判断でイクスタンジの服用を中止したり、服用の中断、用量の変更をしないでください。



注意：イクスタンジ錠には40mg錠もあります。

イクスタンジによる治療開始後に、他の医療施設を受診したり、薬局などで新たにお薬を購入するときは、イクスタンジ服用中であることを必ず医師、薬剤師に伝えてください。

イクスタンジ治療中には服用できないお薬や、一緒に服用するとそのお薬やイクスタンジの効果を弱めてしまったり、イクスタンジの副作用があらわれやすくなってしまったりするお薬があります。

イクスタンジの主な副作用

イクスタンジでは主に次のような副作用がみられることがあります。
こちらで紹介した症状に限らず「いつもと体調が違う」と感じたら、

疲労・無力症

疲れやすいと
感じるがあり
ます。



ほてり

ほてりを感じる
ことがあります。



悪心

吐き気を感じる
ことがあります。



イクスタンジの服用により、まれに、「けいれん発作」や「血小板減少」、

けいれん発作

けいれん発作では、意識障害や筋肉のこわばり、つっぱりが起こります。

血小板減少

出血時の止血、血液の凝固に重要な役割をはたしている血小板が減少
出血しやすくなったり、出血が止まりにくいという症状が認められます。

間質性肺疾患

間質性肺疾患では、初期症状として、息切れ、呼吸困難、から咳、発熱

主治医または看護師、薬剤師に早めに相談しましょう。

食欲減退

食欲がなくなることがあります。



下痢

下痢症状がでることがあります。



「間質性肺疾患」の副作用がみられる場合があります。

することにより、鼻血、歯ぐきの出血、あおあざができる(皮下出血)など、

などがみられます。

●治療経過の記入例

- ・イクスタンジによる治療期間中は、効果や副作用について確認するため、定期的に主治医の診察を受けてください。
- ・治療経過として、診察日の検査結果などをわかる範囲で記載してください。

診察日	診察時の PSA値 (ng/mL)	その他(画像診断など)
4/10	24.7	CT検査で新たな転移病変はなかった
5/8	4.5	特に異常はなかった
6/5	2.2	特に異常はなかった
7/3	1.7	CT検査で新たな転移病変はなかった
7/31		
/		
/		
/		

予約した診察日を
記載してください

●治療ダイアリーの記入例

日付		4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16
服用した錠数	80mg錠	2	2	2	2	2	2	2
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>
		あり <input checked="" type="checkbox"/>	あり <input checked="" type="checkbox"/>	あり <input checked="" type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	あり <input checked="" type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	あり <input checked="" type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度(1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり)を番号で記載してください。

疲労・無力症	2	1	1				1
悪心(吐き気)	食欲が全くなく、朝食しかとれなかった、など				疲労感があり、日課の散歩に行けなかった、など		
食欲減退	2	1					

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢		✓	✓				
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

4/14 便秘

メモ
(出来事や予定など)

4/15 孫が遊びに来た

治療経過

- ・イクスタンジによる治療期間中は、効果や副作用について確認するため、定期的に主治医の診察を受けてください。
- ・治療経過として、診察日の検査結果などをわかる範囲で記載してください。

診察日	診察時の PSA値 (ng/mL)	その他(画像診断など)
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--

メモ
(出来事や予定など)

--

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度(1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり)を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□	なし□ あり□

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度(1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり)を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

治療ダイアリー

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)

--	--	--	--	--	--	--	--

日付		/	/	/	/	/	/	/
服用した錠数	80mg錠							
	40mg錠							
服用時間		朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前	朝・昼・夜 就寝前
体調の変化		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

「体調の変化あり」にチェックした場合、以下を記載してください。

該当する症状の程度（1.日常生活に影響なし、2.日常生活に少し影響あり、3.日常生活にかなり影響あり）を番号で記載してください。

疲労・無力症							
悪心(吐き気)							
食欲減退							

該当する症状に、✓を記載してください。

ほてり							
下痢							
けいれん発作							
出血しやすい 出血が止まりにくい							
咳、息切れ、発熱							

その他の体調の変化や気になる症状があった場合は、下欄に記載してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

メモ
(出来事や予定など)



このお薬に関するお問い合わせは「アステラス製薬くすり相談センター」まで

患者さん専用 0120-175-880

受付時間 月曜～金曜日 9:00～17:30（土日・祝日・会社休日を除く）

施設名