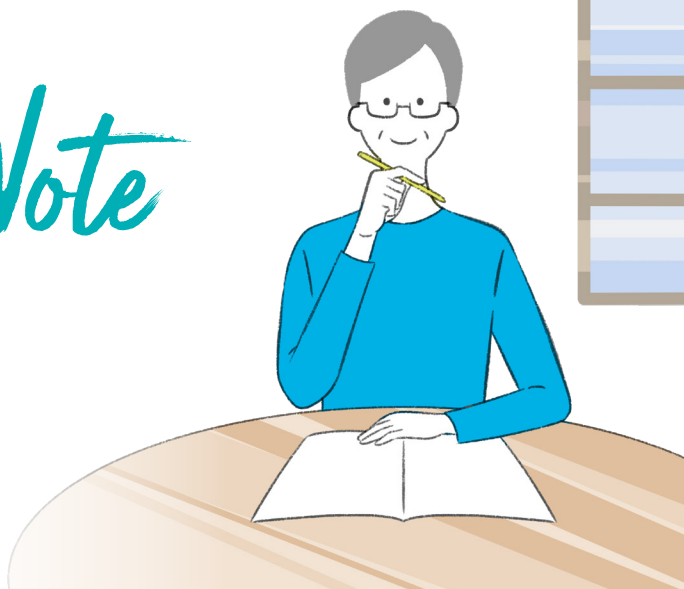




My Note



【監修】

札幌同交会病院

副院長 高橋 裕樹 先生

ユプリズナによる治療を受けている患者さんへ

- IgG4関連疾患の治療以外で他の診療科または医療機関（病院、薬局など）を受診される際は、医師・薬剤師の先生に「ユプリズナカード」を必ず見せてください。（2ページ参照）

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IgG4関連疾患の再発予防として、抗CD19モノクローナル抗体であるユプリズナ（一般名：イネビリズマブ）による治療を行っています。
- ユプリズナによる治療中は、投与時反応（インフュージョンリアクション）、感染症（感冒や尿路感染など）、B型肝炎ウイルス再活性化による徴候・症状、進行性多巣性白質脳症（PML）などの副作用が発現するおそれがあります。確認され次第、2ページに記載の医師にご連絡ください。
- 投与終了後も長期間にわたりB細胞数の減少が続くことから、感染症の発症に注意してください。
- ユプリズナによる治療中は、免疫応答が低下するためワクチンの接種に注意が必要です。
- 免疫抑制作用を有する薬剤が併用されると、過度の免疫抑制が引き起こされる可能性があるので注意してください。

IgG4関連疾患治療施設

IgG4関連疾患受診施設

医療機関名 _____

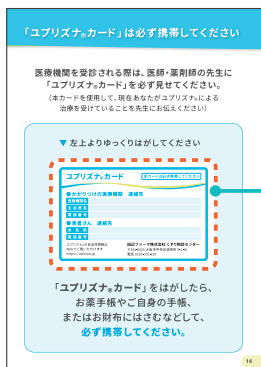
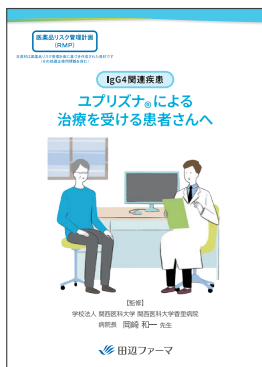
担当医師名 _____

住所 _____

電話 _____

IgG4関連疾患の治療以外で他の診療科または医療機関（病院、薬局など）を受診される際は、医師・薬剤師の先生に「ユプリズナカード」を必ず見せてください。

（本カードを使用して、現在あなたがユプリズナによる治療を受けていることを先生にお伝えください）



「ユプリズナカード」をはがしたら、お薬手帳やご自身の手帳、またはお財布にはさむなどして、必ず携帯してください。

「ユプリズナによる治療を受ける患者さんへ」p14

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 _____

その他

医療機関名 _____

担当医師名 _____

住所 _____

電話 _____

医療機関名 _____

担当医師名 _____

住所 _____

電話 _____

かかりつけ薬局

薬局名 _____

担当薬剤師名 _____

住所 _____

電話 _____

IgG4関連疾患の再発予防薬「ユプリズナ」に

● 再発を予防するお薬です

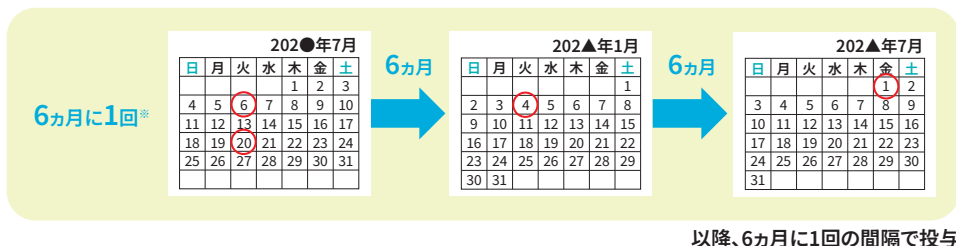
IgG4関連疾患は、寛解と再発を繰り返すという特徴があります。
再発しないようにする治療を再発予防の治療といい、ユプリズナはそれを目的としたお薬です。

● 治療方法、投与間隔

ユプリズナは通常、成人には、イネビリズマブ（遺伝子組換え）として1回300mgを初回、2週後に点滴静注し、その後、初回投与から6ヵ月後に、以降6ヵ月に1回の間隔で点滴静注します（下図参照）。



投与スケジュール例



● 注意を要する副作用

ユプリズナによる治療中は、投与時反応、感染症などの副作用が発現するおそれがあります。また、感冒や尿路感染などの感染症に加え、もともと身体の中に潜んでいるウイルスが活性化することで重篤な感染症をきたすことがあります。代表的なものに B 型肝炎ウイルス (HBV) や進行性多巣性白質脳症 (PML) があり、注意が必要です。

気になる症状を感じた場合は、次の受診日を待たず、主治医にご連絡ください。

≫ 投与時反応 (インフュージョンリアクション)

投与時反応とは、薬剤の点滴注射時にみられる副作用のことです。投与時反応を予防するため、ユプリズナの点滴注射前に副腎皮質ホルモン剤、抗ヒスタミン薬及び解熱鎮痛剤を使用することとされています。

主な症状

呼吸困難、意識の低下、意識の消失、まぶた・唇・舌のはれ、発熱、寒気、嘔吐、せき、めまい、動悸など

≫ 感染症

ユプリズナの点滴注射後に、感冒や尿路感染などの感染症を引き起こす可能性があります。

主な症状

発熱、寒気、体がだるいなど

ー B型肝炎ウイルス (HBV) 再活性化

これまでに B 型肝炎にかかったことがある方や HBV に感染している場合、ウイルスの再活性化がみられることがあります。

主な症状

体がだるい、吐き気、嘔吐、食欲不振、発熱、上腹部痛、白目が黄色くなる、皮膚が黄色くなる、体がかゆくなる、尿の色が濃くなるなど

ー 進行性多巣性白質脳症 (PML)

PML は、免疫力が低下した状態で JC ウイルスが稀に活性化して脳内に多発性の病巣 (脱髄病巣) をきたす病気です。

主な症状

けいれん、意識の低下、意識の消失、しゃべりにくい、物忘れをする、手足の麻痺など

「My Note」活用のしかた

IgG4関連疾患の治療には、体調管理・自己管理が重要になります。
IgG4関連疾患の再発やお薬の投与による副作用を早期に発見し対処する

記入例

下記の症状があるときは
カレンダーに記録してください。

主な症状チェックリスト

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| ☐ まぶたの腫れ | ☐ あごの下の腫れ | ☐ 目の乾燥 |
| ☐ 皮膚の色が黄色くなる | ☐ 腹痛 | ☐ 腰痛 |

6 月 (2020 年)

MEMO

(気になること、先生に相談したいこと)

・仕事について相談

次回受診日に主治医
(または看護師、薬剤師)に
聞きたいことを記載して
おきましょう。

MON / 月	TUE / 火
	1 受診、 投与1回目
7	8
14	10時~15 受診、投与 2回目
21	22
28	29

ためにも、気になったことは記録するようにしましょう。

受診予定日、
投与日を記入しましょう

気になる症状があるときは
記入しましょう

- ☐ 口の乾燥
- ☐ 鼻づまりや嗅覚の低下
- ☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日
2	3 投与した ところが 時々ずく	4	5	6
9	10	11 日中、体が だるかった	12	13
16	17	18	19	20
23	24	25	26	27
30	31			

次回受診日が決まったら
記入しましょう

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年（ ）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年（ ）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年（ ）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年（ ）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年（ ）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

下記の症状があるときはカレンダーに記録して

主な症状チェックリスト

☐ まぶたの腫れ

☐ あごの下の腫れ

☐ 目の乾燥

☐ 皮膚の色が黄色くなる

☐ 腹痛

☐ 腰痛

月（ ）年（ ）

MEMO

（気になること、先生に相談したいこと）

MON / 月	TUE / 火

ください。

☐ 口の乾燥

☐ 鼻づまりや嗅覚の低下

☐ 下肢のむくみ

※その他、気になる症状がある場合は、具体的に記入しましょう。

WED / 水	THU / 木	FRI / 金	SAT / 土	SUN / 日

通院記録 (IgG4関連疾患治療以外の受診も記録してください)

IgG4関連疾患以外の治療で医療機関を受診する場合も含めて、通院記録を

記入例

2020年6月1日 投与1回目

施設名 ●●●●病院 リウマチ・膠原病内科 医師名 ●●●●先生

薬局名 ●●●●薬局 薬剤師名 ●●●●先生

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

記入しましょう。

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

通院記録 (IgG4関連疾患治療以外の受診も記録してください)

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

年 月 日

施設名

医師名

薬局名

薬剤師名

あなたの連絡先

ご住所

お名前

電話番号

