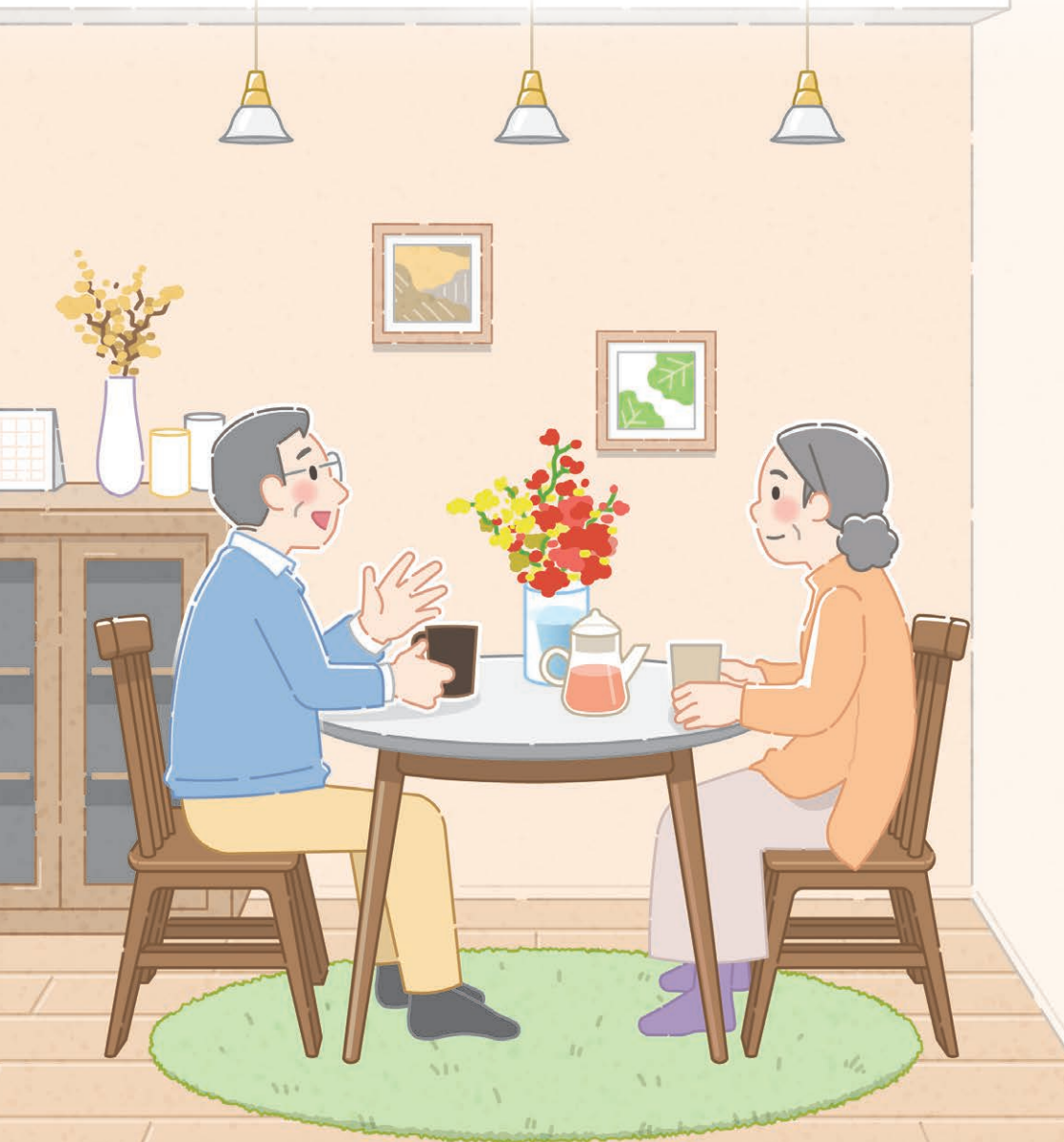


ティブソボを服用される方へ



はじめに

ティブソボは、アイディーエイチワン *IDH1* 遺伝子に変異がある急性骨髄性白血病 (AML) の治療薬です。

この冊子では、ティブソボを服用される患者さんやそのご家族に向けて、病気のこと、ティブソボのこと、治療中の留意点などについて解説しています。治療を始める前に、よく読んでいただき、より良い治療にお役立てください。

治療日記に、ティブソボの服用状況や体調の変化について記入し、ご自身やご家族が確認したり、担当医、薬剤師、看護師に伝える手段としてご活用ください。

わからないこと、心配なことがありましたら、担当医、薬剤師、看護師にご相談ください。

もくじ

白血病とは	4
診断までの検査	6
急性骨髄性白血病 (AML) とは	8
AML の治療	10
<i>IDH1</i> 遺伝子変異陽性 AML とは	12
ティブソボとは	13
治療前に確認いただきたいこと	14
ティブソボの服用方法	16
服用で困ったとき、どうする?	20
他の薬などとの併用について	22
ティブソボの副作用	23
ティブソボによる治療中に気をつけること	26
患者携帯カードについて	27
病気や治療との向き合い方	28
治療日記	30



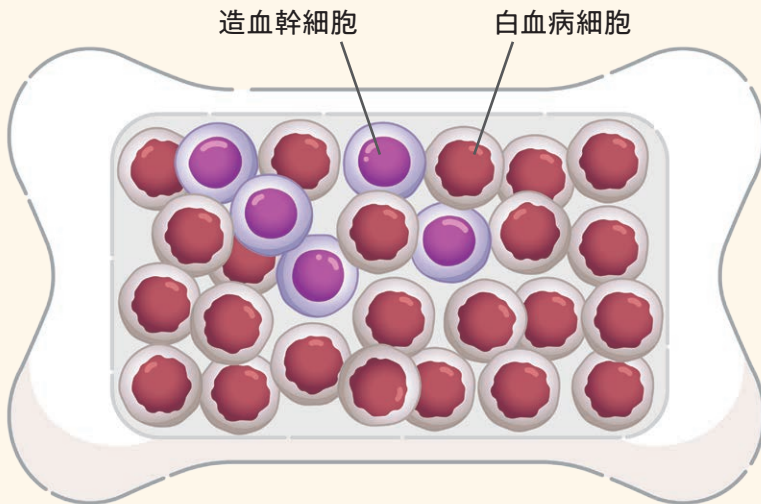
白血病とは

白血病は血液のがんです。血液には、赤血球、白血球、血小板という血液細胞が含まれています。白血病は、血液細胞のもととなる造血幹細胞、または血液細胞に成熟する前の細胞が、がん(白血病細胞)になった病気です。

白血病細胞は、血液細胞がつくられる骨髄で増え続けます。その結果、正常な血液細胞が少なくなり、健康なからだを保つための役割が果たせなくなります。

白血病には種類があり、がんになった細胞の特徴によって分けられるほか、未熟な血液細胞が増える急性白血病、成熟した血液細胞が増える慢性白血病などの分け方もあります。

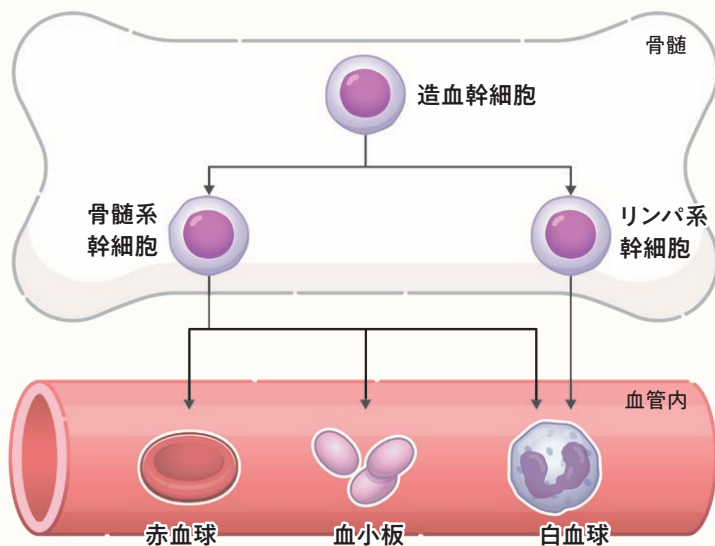
白血病の骨髄



血液細胞が作られるまでと主な働き

血液細胞は、骨の中にある骨髄という場所で作られます。造血幹細胞が、成熟して、それぞれに機能をもった赤血球、白血球、血小板になると、骨髄から血液中へ出て働きはじめます。

血液細胞の成熟と主な働き



主な働き	赤血球	血小板	白血球
十分な働きができなくなると	貧血になりめまい、立ちくらみなどがあられる	出血しやすくなる、出血が止まりにくくなる	病原体に感染しやすくなり、感染症を起こすと発熱、からだのだるいなどの症状があらわれる



診断までの検査

発熱、寒気、からだのだるい、血が止まりにくい、あざがでやすい、立ちくらみ（貧血）などの症状や血液検査での血液細胞の数や種類の異常などから白血病が疑われた場合、骨髄検査を行い、骨髄中の細胞を確認して、白血病と診断されます。

なお、白血病の種類によっては、症状がほとんどなく、検査により異常が見つかることもあります。

病院で実施される主な診察・検査内容

主な検査	確認すること
問診	症状、病歴、合併症、服用薬、家族の病歴 など
触診	リンパ節、肝臓、脾臓のはれ、手足のむくみ など
血液検査	赤血球、白血球、血小板の数、白血球の種類、白血病細胞の有無 など
骨髄検査	骨髄中の細胞の種類や数、白血病細胞の有無、白血病細胞の特徴 など
染色体検査 遺伝子検査	白血病細胞の特徴（染色体異常、遺伝子異常） など
画像検査	病気の拡がり など

骨髄穿刺

骨髄検査では、骨髄の中にある骨髄液を採るために骨髄穿刺を行います。

麻酔をした後、腰の骨(腸骨)に骨髄穿刺用の針を刺し、骨髄液を抜き取ります。麻酔をしているため、針を刺すときはそれほど痛くありませんが、骨髄液を抜き取るときに痛みを感じる場合があります。





急性骨髄性白血病 (AML) とは

急性骨髄性白血病 (AML) は、血液細胞としての機能をもたない未熟な骨髄系細胞が、がんになった白血病です。血液細胞がつくられる骨髄で白血病細胞が増え続けることで、正常な赤血球、白血球、血小板がつくれなくなり、さまざまな症状があらわれます。

白血病細胞は、無制限に増え続けるため、時間が経つにつれて病気は進みます。さらに、急性白血病は進行が速いため、できるだけすぐに治療を始める必要があります。

AML の主な症状

- 発熱、寒気、
からだがだるい



- 出血、
あざができる



- 貧血による
立ちくらみ



● 原因

白血病の発症には、血液細胞の遺伝子に傷がつき（遺伝子の変異）、それが蓄積することが深く関わっていますが、遺伝子に傷がつく原因は十分にわかっていません。

AMLの発症に関わる遺伝子には、フラットスリー *FLT3*、アイディーエイチワン *IDH1* などがあります。

● 患者数

発症頻度は年間10万人あたり約4人で、40歳以上から増え始めます。



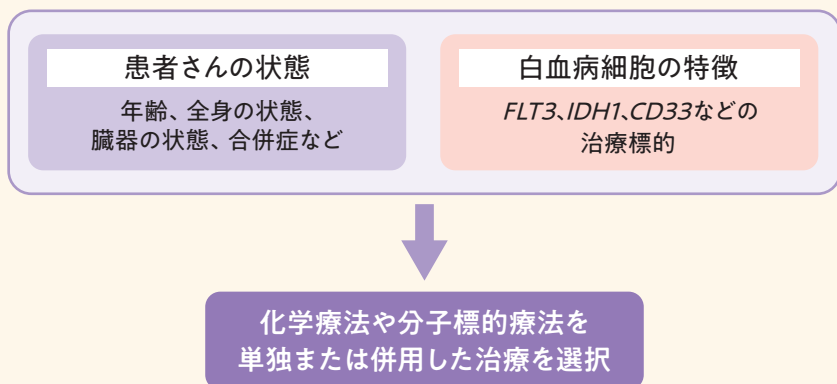
AML の治療

AMLの治療には、化学療法、分子標的療法、造血幹細胞移植などがあり、患者さんの状態（年齢、全身の状態、臓器の状態、合併症など）や白血病細胞の特徴（*FLT3* 遺伝子や *IDH1* 遺伝子の変異、*CD33* という分子の有無など治療標的の状況）などにより選択します。

化学療法や分子標的療法は単独または併用にて実施され、AMLに伴う症状や治療による副作用を軽くするための治療（支持療法）も同時に行います。

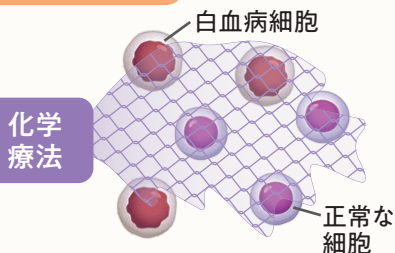
造血幹細胞移植は、からだへの負担が大きい治療のため、その実施は、患者さんの状態、他の治療での効果、白血病細胞の特徴などから総合的に判断されます。

治療の選択方法



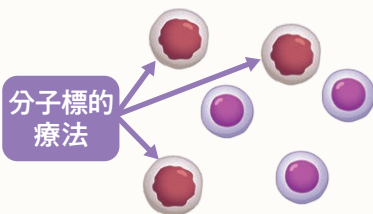
化学療法

化学療法は、さまざまな作用の仕方（作用機序）により白血病細胞を攻撃します。白血病細胞だけでなく、正常な細胞にも薬の作用が及ぶため、さまざまな副作用があらわれます。



分子標的療法

分子標的療法は、白血病細胞の特徴（遺伝子異常、染色体異常など）を目印として攻撃します。白血病細胞を標的として攻撃するため、正常な細胞への作用は化学療法に比べて少なくなります。そのため副作用は化学療法に比べて軽くなりますが、それぞれの薬に特徴的な副作用がみられます。



造血幹細胞移植

造血幹細胞移植は、大量の化学療法や放射線治療（前治療）で白血病細胞を全滅し、骨髄を破壊した後、正常な血液細胞の元となる造血幹細胞を注入して骨髄の働きを回復させる治療です。なお、前治療の強度を減弱し、移植した血液細胞（リンパ球）による白血病細胞への攻撃を中心においた移植が行われることもあります。

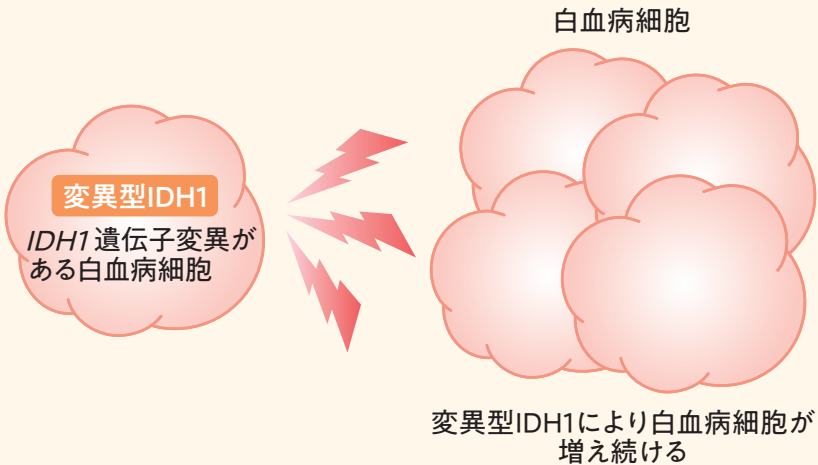


IDH1遺伝子変異陽性 AML とは

アイディーエイチワン

IDH1 遺伝子変異陽性 AML は、遺伝子検査によって白血病細胞に IDH1 遺伝子の変異が確認された AML です。

IDH1 遺伝子変異陽性 AML では、変異型 IDH1 の作用により、白血病細胞が増え続けます。その結果、正常な血液細胞が作られなくなり、発熱、寒気、からだがだるい、血が止まりにくい、あざができやすい、立ちくらみ（貧血）などの症状があらわれます。

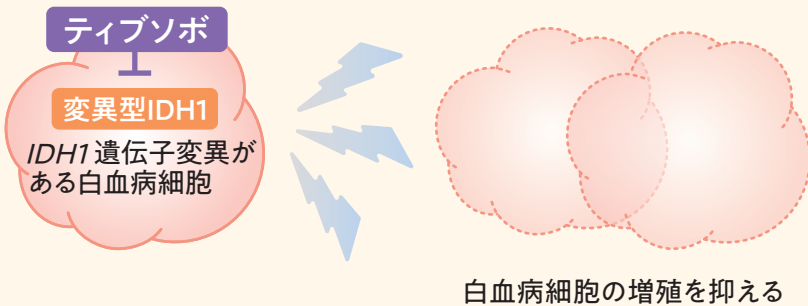




ティブソボとは

ティブソボは、変異型 IDH1 を標的として白血病細胞を攻撃する分子標的療法のひとつです。

ティブソボが、変異型 IDH1 の働きを妨げることで、白血病細胞が増えるのを抑えます。





治療前に確認いただきたいこと

● ティブソボによる治療を受けられる方

ティブソボは、以下と診断された方に用いられます。

アイディーエイチワン
☐ **IDH1** 遺伝子変異陽性の AML



● ティブソボを服用できない方

以下の方は、ティブソボを服用できません。

- ☐ ティブソボに含まれる成分により、アレルギー症状があらわれたことがある方

● ティブソボの服用に注意が必要な方

以下の方は、治療前に、担当医、薬剤師、看護師に相談してください。

- ☐ 心電図異常（QT 間隔延長）があらわれたことがある、あらわれるおそれがある病気の方
- ☐ 重度の肝機能障害のある方
- ☐ 妊婦または妊娠している可能性のある方
- ☐ 授乳中の方



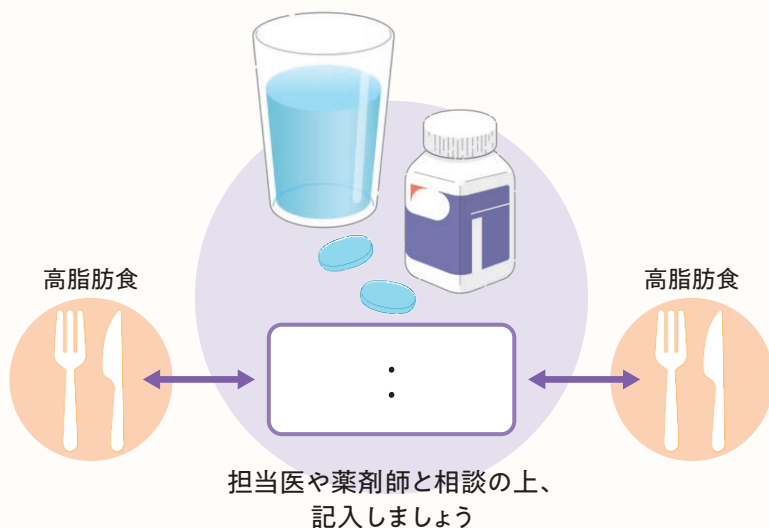
ティブソボの服用方法

● ティブソボは1日1回、服用します

ティブソボは、1日1回、毎日同じ時間に、担当医が決めた錠数を服用します。ティブソボをボトルから取り出し、コップ1杯程度の水またはぬるま湯で服用してください。

高脂肪食[※]をとる場合は、食事前後の服用を避けてください。

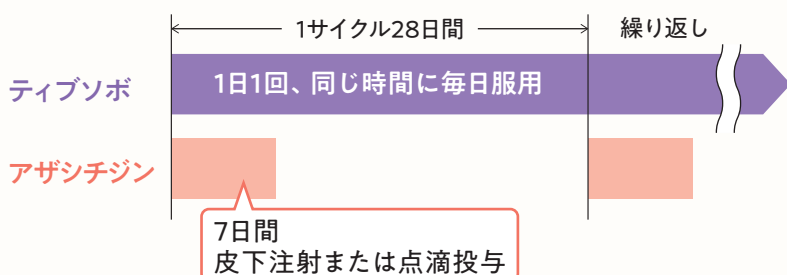
ティブソボの服用時間



※高脂肪食とは、高エネルギーで、脂肪分が多く含まれる食事のことです。総カロリー約900~1000キロカロリーのうち、約50%が脂肪分であるものを指します。

● ティブソボはアザシチジンと併用します

ティブソボはアザシチジンとの併用にて、28日間の治療サイクルを繰り返します。治療効果が認められる場合、ティブソボとアザシチジンによる治療を継続します。



❗ ティブソボによる治療中は以下を含む食品を摂取しないでください

ティブソボの副作用が強くあらわれたり、効果が弱まる可能性があります。

- グレープフルーツ
- セイヨウオトギリソウ (セント・ジョーンズ・ワート)





ティブソボの服用方法

● ボトルキャップの開け方

ティブソボのボトルキャップは、誤開封を防ぐため、回すだけでは開かない形状となっています。そのため、以下の手順に従って開けてください。

① ボトルをテーブルの上など、平らな場所に置きます

② ボトルを横から掴み、反対の手の指先を右方向に向けて、手のひらをキャップに乗せます

③ キャップを押しながら、指先が左方向を向くまで(180度ぐらい)回します

④ キャップをつまみ、左に回しながら上に引き上げるとキャップが開きます



！注意

手に痛みなどがある場合は、無理のない範囲で行ってください。



● 未開封のとき

未開封のボトルは、開けにくい場合があります。開けられないときは、②～④を繰り返してください。

● 開けられないとき

立ち上がり、手のひらに体重をかけるなどして強く押しながら回してください。

● アルミシート

ボトルは、アルミシートで閉じられています。指などで押し破って開けてください。



● 乾燥剤

ボトルには、湿気を避けるため、乾燥剤が入っています。乾燥剤は、入れたままで保管してください。また、薬と間違えないよう注意してください。



● ボトルキャップの閉め方

服用後は、湿気を避けるため、キャップを右に回してしっかり閉めてください。ボトルを閉めるときは、キャップを上から押す必要はありません。

Check

ボトルキャップの開け方の動画をご覧ください。右の二次元バーコードよりアクセスください。





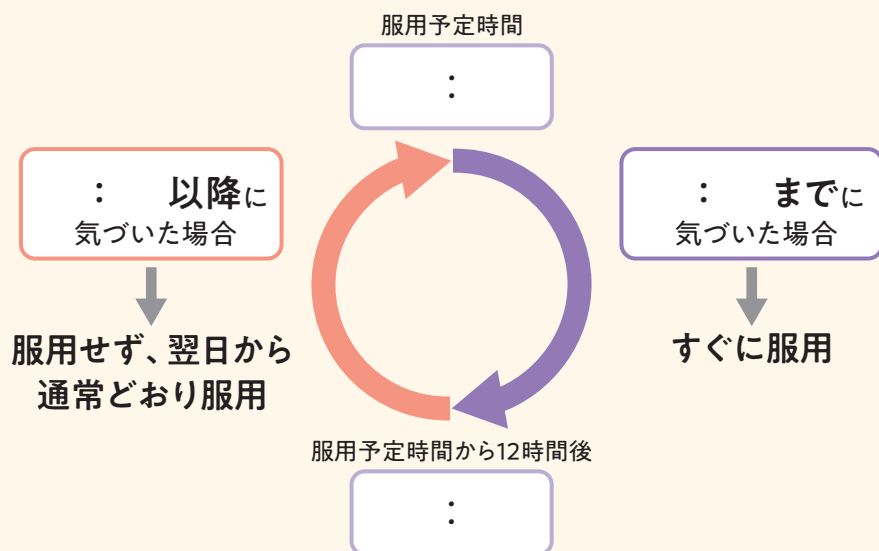
服用で困ったとき、どうする？

対応がわからない場合は、ご自身で判断せずに、担当医、薬剤師、看護師に相談してください。

❗ 飲み忘れたとき

決して2回分を一度に飲まないでください。

飲み忘れに気づいたときが、服用予定時間から12時間以内の場合は、すぐに1回分を飲んでください。12時間以降の場合は、1回分は飲まずに、翌日の服用時間に1回分を飲んでください。



服用後に嘔吐したとき

ティブソボ服用後に嘔吐しても、再服用はしないでください。

翌日から、決められた服用時間に、通常どおりの錠数のティブソボを服用してください。

服用前後に水分を摂取できる？

ティブソボの服用前後も、水やぬるま湯、お茶などの水分摂取は可能です。ただし、脂肪分の多い飲み物は、避けてください。



他の薬などとの併用について

ティブソボと他の薬やサプリメントを併用することで、薬の効果が弱くなったり、副作用が強くあらわれたりする可能性があります。

● ティブソボ服用前に担当医、薬剤師、看護師に相談する

- 薬やサプリメントを服用している方

● ティブソボによる治療中であることを伝える

- 他の病院を受診するとき
- 薬局で薬、サプリメント、健康食品を購入するとき



ティブソボの副作用

ティブソボによる治療中は、副作用を早期に発見するために、定期的に血液検査や心電図検査が行われます。また、患者さん自身も、ティブソボの副作用を知ることで、副作用の早期発見、早期対応が可能となり、副作用の重症化を防ぐことができます。

気になる症状があらわれたり、体調がいつもと異なる場合は、担当医、薬剤師、看護師に相談してください。

● 主な副作用

- 心電図異常（QT 間隔延長）
- 吐き気
- 分化症候群
- 不眠症
- 白血球増加症
- 発熱
- 下痢
- 骨の痛み など
- 貧血



ティブソボの副作用

● 注意が必要な副作用

気になる症状があらわれたら、次の診察日を待たず、すぐに担当医、薬剤師、看護師に相談してください。

● 分化症候群

主な症状

- ・発熱
- ・息切れ
- ・皮疹
- ・胸の痛み
- ・息苦しい
- ・むくみ
- ・咳



● QT 間隔延長

主な症状

- ・めまい
- ・動悸
- ・意識を失う



● ギラン・バレー症候群

主な症状

- ・手や足に力が入らない
- ・歩行時につまずく
- ・階段を昇れない
- ・手や足の感覚が鈍くなる
- ・食べ物がのみ込みにくい





ティブソボによる治療中に 気をつけること

● 体調管理

十分な睡眠、バランスの良い食事をとり、規則正しい生活を送ることが、体調管理の基本です。ティブソボによる治療中は無理をせず、十分に休息をとりましょう。

● 感染症対策

病気や治療により白血球が減少し、免疫力が低下しているため、感染症にかかりやすくなっています。

- 手洗い、うがいをこまめに行いましょう。
- 歯磨き、入浴などでからだを清潔に保ちましょう。
- 外出時はマスクを着用し、人混みを避けましょう。

● 食欲がないとき

- 吐き気があるときなどは、無理をして食事をする必要はありません。食べられそうなときに、食べられるものを食べましょう。
- 食べられないときでも、水分はこまめにとりましょう。
- 食べられない日が続く場合は、担当医、薬剤師、看護師に相談してください。



患者携帯カードについて

患者携帯カードは、患者さんがティブソボによる治療中であることを知らせるカードです。患者さんの氏名、連絡先及びティブソボによる治療を行っている医療機関の情報を記入し、常に携帯してください。

カードには、分化症候群、QT 間隔延長の主な症状が記載されていますので、気になる症状があらわれた際の確認などに用いてください。

また、薬局や病院では、「医療従事者の方へ」を提示することで、ティブソボを服用していることを伝えることができます。

患者携帯カード

RMP

ティブソボを服用されている方へ

- 本カードにはティブソボの重要な情報が含まれていますので、常に携帯してください。
- 病院や薬局では、医師、薬剤師、看護師にティブソボを服用していることを伝えてください。
- **本カードに記載する症状があらわれたら、すぐに担当医に連絡し、緊急の治療を受けてください。**

氏名：

緊急連絡先：
(電話番号)



病気や治療との向き合い方

● 病気や治療への理解の必要性

AMLと診断されて、これから始まる治療のこと、今後の生活など心配なことがたくさんあると思います。気持ちが少し落ち着いてきたら、まずは、AMLはどのような病気で、どのような治療が行われるのか、期待される効果と副作用についてよく知ってください。

担当医からの説明は、病気や治療に関する重要な情報源です。担当医の説明をよく聞き、わからないことは遠慮せずに質問しましょう。正しい情報を集めて、病気や治療への理解を深めることで、少しずつでも今後の見通しを立てることができるようになります。

インターネットや本からも、病気や治療についてさまざまな情報が得られますが、これらの中には正しい情報だけではなく、根拠が乏しい注意が必要な情報も含まれます。気になる情報をみつけたときは、一人で判断せずに担当医、薬剤師、看護師に相談しましょう。

● がん治療を支えてくれる専門家

AMLでは、血液の病気を専門とする医師が担当医となります。病院には、薬剤師、看護師のほか、医療費や生活面でサポートしてくれるソーシャルワーカー、食事面でサポートしてくれる管理栄養士、心理的な面でサポートしてくれる臨床心理士などがいます。

● 患者さん同士の支え合いの場

患者会は、同じ病気と向き合っている患者さんに出会うことができ、体験や気持ちを分かち合ったり、励まし合える場となります。さまざまな患者会がありますので、興味がある場合は、ソーシャルワーカーに相談してみましょう。



治療日記

ティブソボによる治療中は、服用状況や気になった症状などを毎日記録しましょう。記録することで、治療の経過や体調の変化をご自身でも把握することができます。

また、通院時にこの冊子を持参することで、服用状況や気になる症状について、担当医、薬剤師、看護師に伝えやすくなります。

記入方法

右の記入例を参考に、ティブソボの服用数、体温、体重（むくみの目安）、あらわれた症状などを記入してください。

記入例

月/日(曜日)		7/1(火)	7/2(水)	7/3(木)
服用時間		8:00	8:00	8:05
ティンソボの服用数		2錠	2錠	2錠
体温		36.3℃	36.2℃	36.5℃
体重		47.5 kg	47.4 kg	47.7 kg
症状	せき	0 ① 2 3	① 1 2 3	① 1 2 3
	息切れ・呼吸困難	① 1 2 3	① 1 2 3	① 1 2 3
	めまい・立ちくらみ	① 1 2 3	① 1 2 3	① 1 2 3
	胸の痛み	① 1 2 3	① 1 2 3	① 1 2 3
	動悸	① 1 2 3	① 1 2 3	① 1 2 3
	手足のむくみ	① 1 2 3	① 1 2 3	① 1 2 3
	手足の力が入らない	① 1 2 3	① 1 2 3	① 1 2 3
	手足のしびれ	① 1 2 3	① 1 2 3	① 1 2 3
	吐き気	① 1 2 3	0 1 ② 3	0 ① 2 3
	下痢	① 1 2 3	① 1 2 3	0 ① 2 3
		0回	0回	1回
メモ (気になる症状や担当 医に伝えたいことを記 入しましょう)			吐き気が あって食事が とれない	吐き気は少し あるが、食事 はとれた



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症 状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・ 呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・ 立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が 入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回
メモ (気になる症状や担当 医に伝えたいことを記 入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症 状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・ 呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・ 立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が 入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回
メモ (気になる症状や担当 医に伝えたいことを記 入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・ 呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・ 立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が 入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回
メモ (気になる症状や担当 医に伝えたいことを記 入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・ 呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・ 立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が 入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回
メモ (気になる症状や担当 医に伝えたいことを記 入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
		回	回	回
メモ (気になる症状や担当医に伝えたいことを記入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症 状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・ 呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・ 立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が 入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回
メモ (気になる症状や担当 医に伝えたいことを記 入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症 状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・ 呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・ 立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が 入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回
メモ (気になる症状や担当 医に伝えたいことを記 入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症 状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・ 呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・ 立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が 入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
		回	回	回
メモ (気になる症状や担当 医に伝えたいことを記 入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
		回	回	回
メモ (気になる症状や担当医に伝えたいことを記入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症 状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・ 呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・ 立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が 入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回
メモ (気になる症状や担当 医に伝えたいことを記 入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回
メモ (気になる症状や担当医に伝えたいことを記入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回



ティブソボを服用した日は錠数、服用時間を記入してください。

検温した日は体温、体重を測った日は体重を記入してください。

月/日(曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
服用時間		:	:	:
ティブソボの服用数		錠	錠	錠
体温		℃	℃	℃
体重		kg	kg	kg
症状	せき	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	息切れ・ 呼吸困難	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	めまい・ 立ちくらみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	胸の痛み	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	動悸	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のむくみ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足の力が 入らない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	手足のしびれ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	吐き気	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	下痢	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回	0 1 2 3 回
メモ (気になる症状や担当 医に伝えたいことを記 入しましょう)				

症状の有無を確認し、症状の程度に近い数字に○をつけてください。

0 気にならない 1 気になる 2 つらい 3 生活に支障がある

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
:	:	:	:
錠	錠	錠	錠
℃	℃	℃	℃
kg	kg	kg	kg
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
回	回	回	回

