

インフリキシマブBS
点滴静注用100mg「日医工」

治療日誌

(乾癬)

[監修] 自治医科大学 皮膚科
准教授 小宮根 真弓 先生



20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

はじめに

この治療日誌は、インフリキシマブBS点滴静注用100mg「日医工」(以下、インフリキシマブBS)による乾癬の治療を始められた患者さんが、毎日の健康状態を記録するものです。

毎日の体調管理と副作用の早期発見のため、気になる症状のほか、気がついたことがあれば記入して、診察時に持参してください。

わからないことや、心配なことがあれば、どんなことでも遠慮なく主治医や看護師にお尋ねください。



記入日：20 年 月 日

氏 名		
生年月日(年齢)		西暦 年 月 日 () 歳
連絡先	自 宅	住所 〒
		電話 ()
	勤務先	住所 〒
		電話 ()
	緊 急	住所 〒
		電話 ()

はじめに

診療記録

副作用記録

乾癬日誌

臨床検査値の記録

診療記録

インフリキシマブBSの投与を初めて受けた日から記録を始めてください。
診察日には、この診療記録を主治医にみてもらいましょう。

記入例

診療記録表

診察日	インフリキシマブBS投与	副作用のチェック※	胸部レントゲン検査	その他の検査	次回診察予定日
5月7日	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(手のMRI) <input type="checkbox"/> なし	5月21日
5月21日	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし	6月4日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日

※副作用のチェック：インフリキシマブBSの副作用と思われる症状があらわれたら、「副作用記録」用紙に記入してください。
次の診察日までには副作用の「あり/なし」を記載してください。

診療記録表

診察日	インフリキシマブBS投与	副作用のチェック※	胸部レントゲン検査	その他の検査	次回診察予定日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日
月 日	<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	月 日

※副作用のチェック：インフリキシマブBSの副作用と思われる症状があらわれたら、「副作用記録」用紙に記入してください。
次の診察日までには副作用の「あり/なし」を記載してください。

副作用記録

インフリキシマブBSの副作用と思われる症状があらわれた場合、あらわれた日、その症状の程度や回数を記入してください。診察の際に役立ちます。
診察日には、この副作用の記録を治療日誌とともに主治医にみてもらいましょう。

よく見られる副作用について

インフリキシマブBSを投与中や投与後に、「いつもと何か違う」と感じるものがあれば、主治医に相談してください。

特に以下のような症状があらわれたら、次の受診を待たずにただちに主治医に相談してください。



風邪のような症状が続く
(発熱、咳がでる、のどが痛い、
頭が痛い、寒気がする など)



息苦しい、胸の痛み、
冷や汗、動悸、息切れ、
から咳



体がだるい、
疲れやすい、
吐き気、嘔吐、
白目や皮膚が
黄色くなる



皮膚に発疹、
かゆみがある、
顔や手足の
むくみ



めまい、
目が見えにくい、
顔や手足の
異常な感覚、
考えがまとまらない



あおざが
できる、
出血しやすい



筋肉や関節の痛み、
手足のしびれ、
手足のこばり、
コーラ色の尿

記入例

副作用記録表

症状のあらわれた日	どのような症状(状態)でしたか?
5月12日	頭痛がした
月 日	
月 日	

副作用記録表

症状のあらわれた日	どのような症状(状態)でしたか？
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

はじめに

診療記録

副作用記録

乾癬日誌

臨床検査値の記録

乾癬日誌

インフリキシマブBSの投与を受けた日から記録を始めてください。

①皮疹の場所、②症状の程度、について記入してください。

次回の診察日前に記入し、診察日に主治医にみてもらいましょう。

診察の際に役立ちます。

記入例

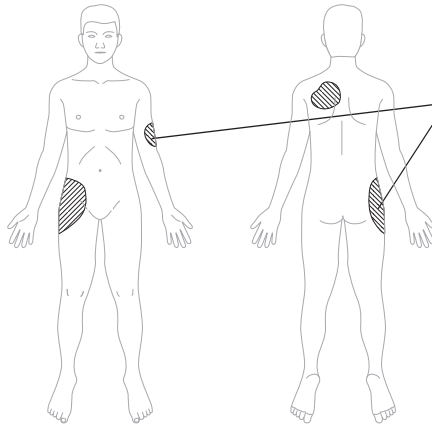
診察日 2017年5月20日

インフリキシマブBS投与 あり なし

現在の症状

(記入日: 2017年5月19日)

1. 記入例を参考に、皮疹(ひしん)箇所に斜線を記入してください。



皮疹のあるところを
[斜線] で記入

2. 記入例を参考に、乾癬の症状、赤み・盛り上がり・鱗屑(りんせつ: 白い皮膚の粉)の程度について印をつけてください。

① 赤みはどのような色ですか?	ない	ややピンク色	ピンク色	赤い	赤黒い
② 盛り上がりはどの程度ですか?	ない	少し盛り上がっている	盛り上がっている	厚い	非常に厚い
③ 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?	ない	少しある	ある	ひどい	とてもひどい

乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、何かあればご自由に記入してください。

診察日

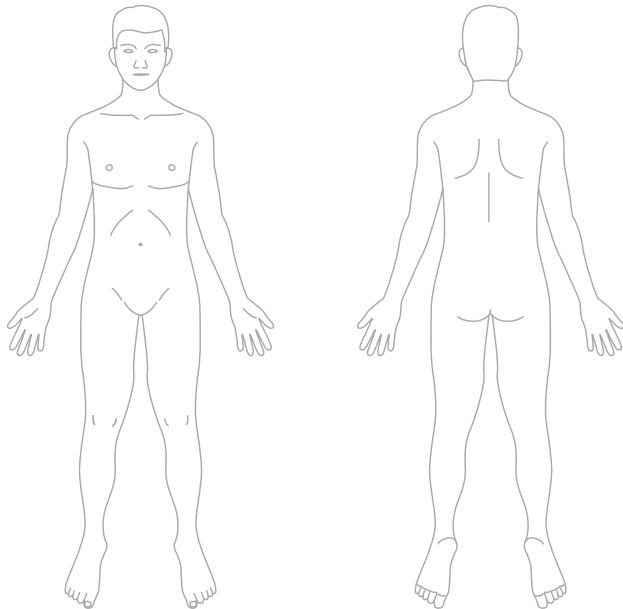
20 年 月 日

インフリキシマブBS投与 あり なし

現在の症状

(記入日: 20 年 月 日)

1. 記入例を参考に、皮疹(ひしん)箇所に斜線を記入してください。



2. 記入例を参考に、乾癬の症状、赤み・盛り上がり・鱗屑(りんせつ: 白い皮膚の粉)の程度について印をつけてください。

① 赤みはどのような色ですか?	ない	ややピンク色	ピンク色	赤い	赤黒い
② 盛り上がりはどの程度ですか?	ない	少し盛り上がっている	盛り上がっている	厚い	非常に厚い
③ 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?	ない	少しある	ある	ひどい	とてもひどい

乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、何かあればご自由に記入してください。

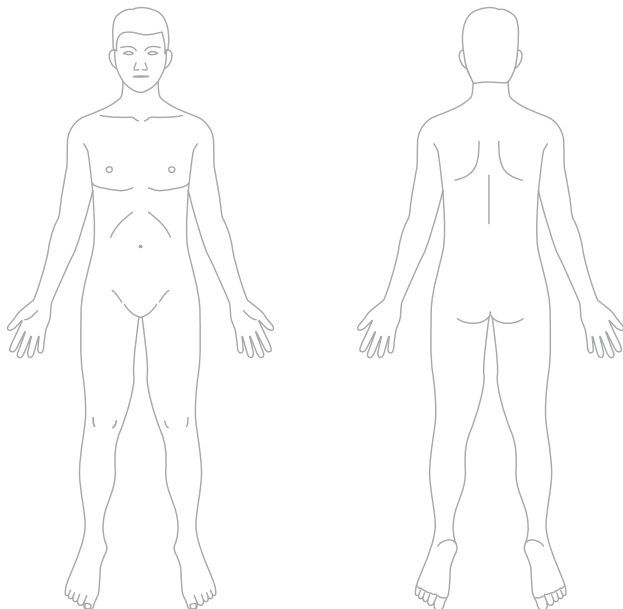
診察日 20 年 月 日

インフリキシマブBS投与 あり なし

現在の症状

(記入日: 20 年 月 日)

1. 記入例を参考に、皮疹(ひしん)箇所に斜線を記入してください。



2. 記入例を参考に、乾癬の症状、赤み・盛り上がり・鱗屑(りんせつ: 白い皮膚の粉)の程度について印をつけてください。

① 赤みはどのような色ですか?	ない	ややピンク色	ピンク色	赤い	赤黒い
② 盛り上がりはどの程度ですか?	ない	少し盛り上がっている	盛り上がっている	厚い	非常に厚い
③ 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?	ない	少しある	ある	ひどい	とてもひどい

乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、何かあればご自由に記入してください。

診察日

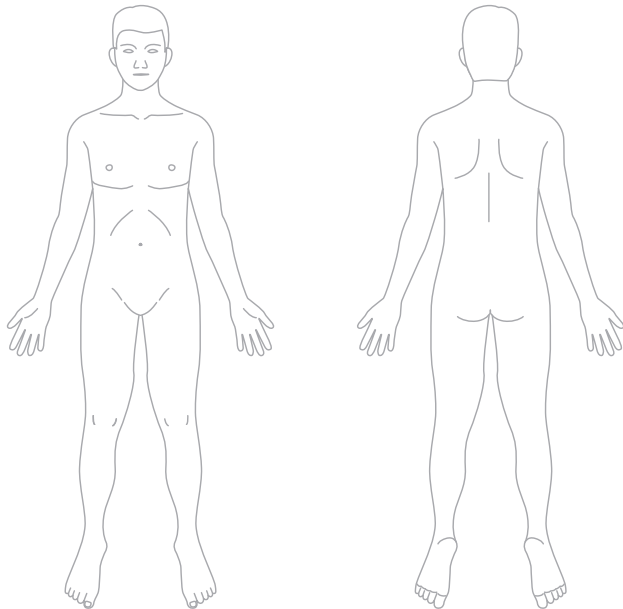
20 年 月 日

インフリキシマブBS投与 あり なし

現在の症状

(記入日: 20 年 月 日)

1. 記入例を参考に、皮疹(ひしん)箇所に斜線を記入してください。



2. 記入例を参考に、乾癬の症状、赤み・盛り上がり・鱗屑(りんせつ: 白い皮膚の粉)の程度について印をつけてください。

① 赤みはどのような色ですか?	ない	ややピンク色	ピンク色	赤い	赤黒い
② 盛り上がりはどの程度ですか?	ない	少し盛り上がっている	盛り上がっている	厚い	非常に厚い
③ 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?	ない	少しある	ある	ひどい	とてもひどい

乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、何かあればご自由に記入してください。

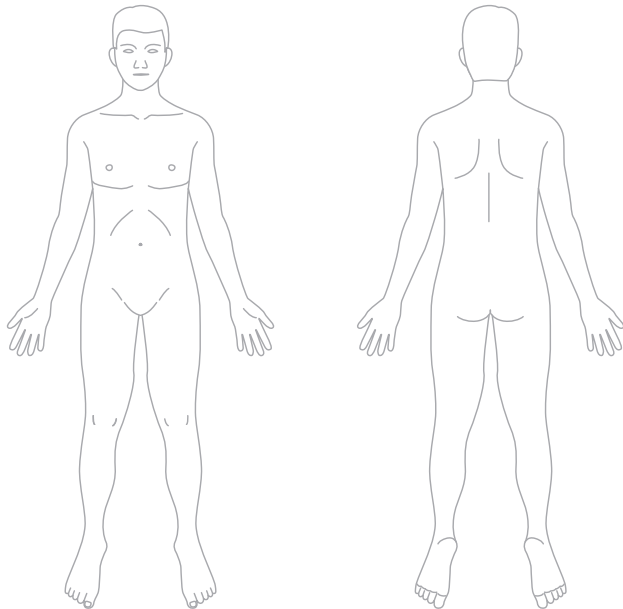
診察日 20 年 月 日

インフリキシマブBS投与 あり なし

現在の症状

(記入日: 20 年 月 日)

1. 記入例を参考に、皮疹(ひしん)箇所に斜線を記入してください。



2. 記入例を参考に、乾癬の症状、赤み・盛り上がり・鱗屑(りんせつ: 白い皮膚の粉)の程度について印をつけてください。

① 赤みはどのような色ですか?	ない	ややピンク色	ピンク色	赤い	赤黒い
② 盛り上がりはどの程度ですか?	ない	少し盛り上がっている	盛り上がっている	厚い	非常に厚い
③ 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?	ない	少しある	ある	ひどい	とてもひどい

乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、何かあればご自由に記入してください。

診察日

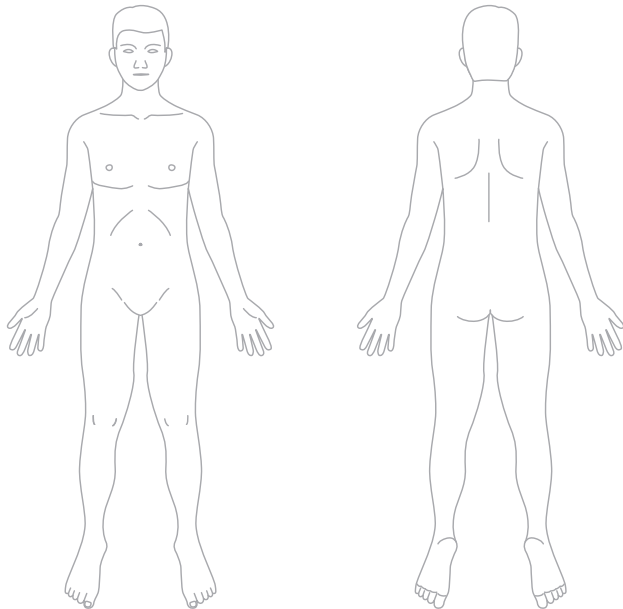
20 年 月 日

インフリキシマブBS投与 あり なし

現在の症状

(記入日: 20 年 月 日)

1. 記入例を参考に、皮疹(ひしん)箇所に斜線を記入してください。



2. 記入例を参考に、乾癬の症状、赤み・盛り上がり・鱗屑(りんせつ: 白い皮膚の粉)の程度について印をつけてください。

① 赤みはどのような色ですか?	ない	ややピンク色	ピンク色	赤い	赤黒い
② 盛り上がりはどの程度ですか?	ない	少し盛り上がっている	盛り上がっている	厚い	非常に厚い
③ 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?	ない	少しある	ある	ひどい	とてもひどい

乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、何かあればご自由に記入してください。

臨床検査値の記録

臨床検査は、乾癬の診断や疾患活動性の評価、検査を行ったときは、主治医にその結果をきいて、

検査項目	標準値 (参考値)	検査			
		/	/	/	/
血沈 (1時間値)	男10mm/h以下				
	女20mm/h以下				
CRP (C反応タンパク)	0.7mm/dL以下				
	または陰性				
RF (リウマトイド因子)	20 IU/mL以下				
白血球 (WBC)	4000~8000/mm ³				
赤血球 (RBC)	男450~550万/mm ³				
	女350~500万/mm ³				
ヘモグロビン (Hb)	男14~17g/dL				
	女11~15g/dL				
尿タンパク	陰性				
尿潜血	陰性				
BUN	8~20mg/dL				
クレアチニン	0.6~1.0mg/dL				
AST (GOT)	8~40単位				
ALT (GPT)	5~35単位				
抗核抗体 (ANA)	陰性 (40倍未満)				
抗dsDNA抗体 (IgG抗体)	10 IU/mL以下				

治療効果の判定などに必要です。
記録をとりましょう。なお、これらの項目をすべて検査するわけではありません。

日				解 説
/	/	/	/	
				乾癬の炎症の程度や治療効果を反映しています。
				免疫異常で出現したリウマトイド因子を測定します。関節リウマチでは高率で陽性となりますが、乾癬では通常陰性です。
				値が高い場合は感染症、炎症活動性が強いことをあらわします。値が低い場合は薬の副作用、他の疾患の可能性があります。
				貧血の程度を調べるために検査します。乾癬では、軽い貧血が起こりやすくなっています。
				腎臓の機能を調べるために検査します。
				肝臓の機能を調べるために検査します。
				自己免疫疾患を調べるために検査します。

受診の際は、この日誌を主治医にお渡しください。

病院名

診療科

主治医

連絡先

(夜間・休日連絡先)

病院名

診療科

主治医

連絡先

(夜間・休日連絡先)



日医工株式会社