

ニンラーロによる多発性骨髄腫の治療を受けられる患者さんへ

# ニンラーロ治療日誌

監 修

名古屋市立大学大学院医学研究科  
血液・腫瘍内科学分野 教授

飯田 真介



# これまでの治療の記録

## 【造血幹細胞移植】

実施施設	実施日
	年 月 日
	年 月 日

## 【薬物療法】

治療法(主な薬剤名)	実施期間
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日

## 治療日誌をつけていきましょう

骨髄腫細胞の活動を抑え込むためには、処方されたおクスリを、医師の指示した分量、スケジュールどおりに服用することが重要です。

ニンラー口治療日誌に、服用状況、体調、検査結果などを記録することにより、治療の効果的かつ安全な継続につなげることが可能です。

ニンラー口治療日誌を通院時に持参して、記録した内容をもとに医師の診察を受けるようにしてください。

8～11ページの記入例を参考にしながら、治療日誌への記入を習慣づけていきましょう。



# ニンラーロによる多発性骨髄腫の治療：経口3剤併用

ニンラーロによる治療では、ニンラーロ、レブラミド、デキサメタゾンの3剤を、**4週間(28日間)を1サイクル**として服用します。

日	1週目							2週目				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ニンラーロ(カプセル) イキサゾミブ	●	—	—	—	—	—	—	●	—	—	—	—
レブラミド(カプセル) レナリドミド	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
デキサメタゾン(錠)	●	—	—	—	—	—	—	●	—	—	—	—

薬剤	種類
ニンラーロ イキサゾミブ (カプセル)	[カプセル剤]  4mg  3mg  2.3mg
レブラミド レナリドミド (カプセル)	[カプセル剤]  5mg  2.5mg
デキサメタゾン (錠)	[錠剤]  4mg 錠

それぞれのおくすりの量は、身体の状態などによって異なります。  
医師の指示にしたがってください。

# 療法

●：おくすりをのむ日

		3 週目							4 週目						
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
—	—	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
●	●	●	●	●	●	●	●	●	—	—	—	—	—	—	—
—	—	●	—	—	—	—	—	—	●	—	—	—	—	—	—

身体の状態によって、服用スケジュールが変更されることがありますので、医師の指示にしたがってください。

## 服用のタイミング

1 サイクルの中で、第 1～3 週目の第 1 日目に 1 カプセル服用します。  
第 4 週目は、服用しません。

食事の前後 (食事前の 1 時間、食事後の 2 時間) を避け、空腹時に服用します。

1 サイクルの中で、第 1～3 週目は、毎日服用します。  
第 4 週目は、服用しません。

すべての週で、第 1 日目\*に服用します。  
\*第 1 日目と 2 日目に分けて服用する場合があります。

●レブラミドは、レブメイトキットの説明書をよく読んでから服用するようにしてください。

# ニンラー口治療：服用方法について

- それぞれのおくすりは、指示された量を決められた日に服用してください。のむ時間も決めておくとよいでしょう。
- ニンラー口をのみ忘れた場合、次の服用予定まで3日間（72時間以上）時間があれば、1回分をのんでください。3日間（72時間未満）であれば、すぐにはのまずに、次の服用予定日に1回分をのんでください。

( )曜日 ※万が一、服用日が変更になった場合は、医師の指示にしたがってください。

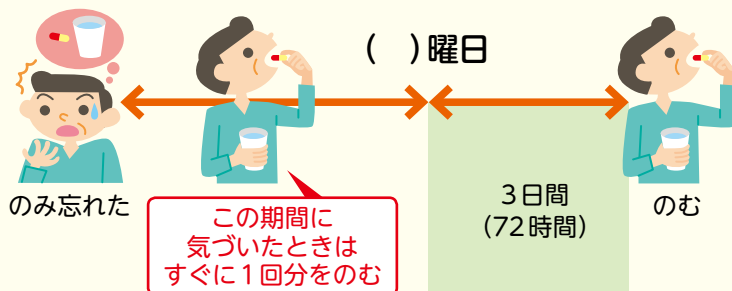
今回服用日 ← 7日間 → 次回服用予定日

## ■通常の服用

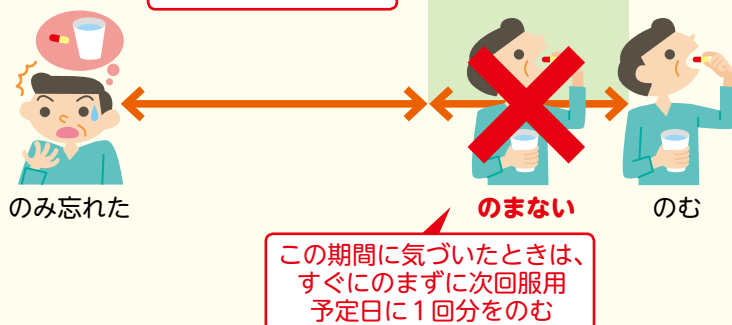


## ■のみ忘れたとき

気づいたときに  
次回服用予定まで  
72時間以上あるとき



気づいたときに  
次回服用予定まで  
72時間未満のとき



## ■のみむ日を間違えたら？

のみ忘れ以外で、指定された日以外にのんでしまった場合は、ただちに医師または薬剤師にご相談ください。(例：28日サイクルの1、2、3日目にのんだときなど)

おくすりの副作用が強くあらわれるおそれがあります。

- ニンラーロは、食事の前後(食事前の1時間、食事後の2時間)を避け、空腹時にコップ1杯程度の水でのんでください。
- カプセルをつぶしたり、噛んだり、開けたりしないでください。
- ニンラーロは、ひとつのケースに1カプセル入っています。
- ほかの病院や診療科にかかる場合には、ニンラーロ経口3剤併用療法で多発性骨髄腫の治療中であることを医師に伝えてください。  
また、この「ニンラーロ治療日誌」もご提示ください。
- 「ニンラーロ治療日誌」のほかにも下記がご利用になれます。

<p>ニンラーロ 患者さん・ご家族向け WEBページ</p>	<p><a href="http://ninlaro.jp/">http://ninlaro.jp/</a></p> 
<p>ニンラーロ 服用カレンダー</p>	<p>ニンラーロが処方される病院、薬局で 入手できます。</p>
<p>ニンラーロ 服用管理シール</p>	<p>ニンラーロが処方される病院、薬局で 入手できます。 お使いのカレンダーに貼ってご利用ください。</p>

# ニンラー口治療日誌【 サイクル目】

第1日目にニンラー口を服用します。

何サイクル目なのか記入してください。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

服用を開始する日から日付と曜日を記入してください。

第1週		5/20	5/21	5/22	5/23	5/24	5/25	5/26
		月 曜日	火 曜日	水 曜日	木 曜日	金 曜日	土 曜日	日 曜日
ニンラー口 イキサゾミブ (4 mg) カプセル		1						
レブラミド レナリドミド (15 mg) カプセル		3	3	3	3	3	3	3
デキサメタゾン (40 mg) 錠		10						
体温 (°C)		36.2	36.2	36.2	36.1		36.5	36.8
体重 (kg)		54.2	54.4	54.3	54.3		54.3	54.4
排便	排便 (回数)	1					1	2
	下痢 (有・無)	✓	✓					
	便秘 (便量少も含) (有・無)							
吐き気								
おうと 嘔吐 (回数)								
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)		✓	✓				✓	✓
痛み (部位)		指先	指先	指先				のど
手足のしびれ (有・無)		✓	✓					✓
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)								
出血 (部位)								歯ぐき
【メモ】 気になることをメモしておきましょう		5月20日 指先がピリピリしてボタンがかけにくかった 5月26日 少し熱っぽい、おなかの調子も悪く風邪を引いたような感じ 5月26日 歯磨きで歯ぐきから出血						

服用するカプセル数・錠数を記入してください。

日々の体温と体重を記入してください。

1日の排便の回数を記入してください。

症状があった場合に「✓」や「○」などを記入してください。

吐き気の程度を記入してください。

痛みは、部位を記入してください。

しびれがある場合、メモ欄に具体的な症状を記入してください。  
 例) ・ボタンがかけにくい  
 ・温度を感じにくい  
 ・歩行時にバランスがとりにくく歩行が困難



## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第2週		5/27	5/28	5/29	5/30	5/31	6/1	6/2
		月 曜日	火 曜日	水 曜日	木 曜日	金 曜日	土 曜日	日 曜日
ニンラー口 イキサゾミブ (4 mg) カプセル		1						
レブラミド レナリドミド (15 mg) カプセル		3	3	3	3	3	3	3
デキサメタゾン (40 mg) 錠		10						
体温 (°C)		36.5	36.4		36.2	36.2		36.2
体重 (kg)		54.2	54.2		54.3	54.2		54.3
排便	排便 (回数)	1	1		0	0		2
	下痢 (有・無)	✓	✓					
	便秘 (便量少も含) (有・無)					✓		
吐き気								
嘔吐 (回数)								
発疹・かゆみ (有・無)		✓	✓					✓
痛み (部位)		指先	指先					のど
手足のしびれ (有・無)		✓	✓					✓
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)		✓						
出血 (部位)								
【メモ】 気になることをメモしておきましょう		5月27日 気分もよくなって一日寝込む 5月30日 体調がよくなった __月__日						

# ニンラー口治療日誌【■ サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第3週		6/3	6/4	6/5	6/6	6/7	6/8	6/9
		月 曜日	火 曜日	水 曜日	木 曜日	金 曜日	土 曜日	日 曜日
ニンラー口 イキサゾミブ (4 mg) カプセル		1						
レブラミド レナリドミド (15 mg) カプセル		3	3	3	3	3	3	3
デキサメタゾン (40 mg) 錠		10						
体温 (℃)		36.2	36.1	36.2	36.1		36.5	36.6
体重 (kg)		54.2	54.4	54.3	54.3		54.3	54.4
排便	排便 (回数)	1	1					
	下痢 (有・無)	✓	✓					
	便秘 (便量少も含) (有・無)							
吐き気								
嘔吐 (回数)								
発疹・かゆみ (有・無)			✓					
痛み (部位)		指先	指先	指先				
手足のしびれ (有・無)		✓	✓					
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)								
出血 (部位)								
【メモ】 気になることをメモしておきましょう		6月3日足のむくみが気になった 6月4日手の指先が少ししびれてチクチクする ____月____日						

第4週は、ニンラーロと  
レブラミドはお休みです。

## 今週はニンラーロはお休みです。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第4週		6/10	6/11	6/12	6/13	6/14	6/15	6/16
		月 曜日	火 曜日	水 曜日	木 曜日	金 曜日	土 曜日	日 曜日
ニンラーロ イキサゾミブ		今週はお休みです						
レブラミド レナリドミド カプセル		今週はお休みです						
デキサメタゾン (40 mg) 錠		10						
体温 (℃)		36.5	36.4	36.3	36.2			
体重 (kg)		54.2	54.2	54.3	54.3			
排便	排便 (回数)	1						
	下痢 (有・無)	✓						
	便秘 (有・無) (便量少も含)							
吐き気								
嘔吐 (回数)								
発疹・かゆみ (有・無)		✓	✓					
痛み (部位)								
手足のしびれ (有・無)		✓	✓					
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)								
出血 (部位)								
【メモ】 気になることをメモして おきましょう		6月10日1日中怠かった ____月____日 ____月____日						

(第1週～第2週)

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第1週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル							
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル							
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (℃)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	__月__日						
	__月__日						
	__月__日						

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第2週		/	/	/	/	/	/	/
		曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル								
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル								
デキサメタゾン ( mg) 錠								
体温 (℃)								
体重 (kg)								
排便	排便 (回数)							
	下痢 (有・無)							
	便秘 (有・無) (便量少も含)							
吐き気								
嘔吐 (回数) <small>おうと</small>								
発疹・かゆみ (有・無) <small>ほっしん</small>								
痛み (部位)								
手足のしびれ (有・無)								
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)								
出血 (部位)								
【メモ】 気になることをメモして おきましょう		___月___日	___月___日	___月___日				

(第3週～第4週)

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第3週		/	/	/	/	/	/	/
		曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 ( mg) イキサゾミブ カプセル								
レブラミド ( mg) レナリドミド カプセル								
デキサメタゾン ( mg) 錠								
体温 (℃)								
体重 (kg)								
排便	排便 (回数)							
	下痢 (有・無)							
	便秘 (有・無) (便量少も含)							
吐き気								
おうと 嘔吐 (回数)								
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)								
痛み (部位)								
手足のしびれ (有・無)								
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)								
出血 (部位)								
【メモ】 気になることをメモして おきましょう		__月__日	__月__日	__月__日				

## 今週はニンラーロはお休みです。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第4週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラーロ <small>イキサゾミブ</small> ( mg) カプセル	今週はお休みです						
レブラミド <small>レナリドミド</small> ( mg) カプセル	今週はお休みです						
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (°C)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) <small>(便量少も含)</small>						
吐き気							
<small>おうと</small> 嘔吐 (回数)							
<small>ほっしん</small> 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日				

(第1週～第2週)

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第1週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル							
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル							
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (℃)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日



## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第2週		/	/	/	/	/	/	/
		曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 ( mg) イキサゾミブ カプセル								
レブラミド ( mg) レナリドミド カプセル								
デキサメタゾン ( mg) 錠								
体温 (℃)								
体重 (kg)								
排便	排便 (回数)							
	下痢 (有・無)							
	便秘 (有・無) (便量少も含)							
吐き気								
おうと 嘔吐 (回数)								
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)								
痛み (部位)								
手足のしびれ (有・無)								
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)								
出血 (部位)								
【メモ】 気になることをメモして おきましょう		___月___日	___月___日	___月___日				

(第3週～第4週)

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第3週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル							
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル							
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (℃)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日

## 今週はニンラーロはお休みです。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第4週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラーロ <small>イキサゾミブ</small> ( mg) カプセル	今週はお休みです						
レブラミド <small>レナリドミド</small> ( mg) カプセル	今週はお休みです						
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (°C)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) <small>(便量少も含)</small>						
吐き気							
<small>おうと</small> 嘔吐 (回数)							
<small>ほっしん</small> 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	____月__日 ____月__日 ____月__日						

(第1週～第2週)

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第1週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル							
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル							
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (℃)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第2週		/	/	/	/	/	/	/
		曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル								
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル								
デキサメタゾン ( mg) 錠								
体温 (°C)								
体重 (kg)								
排便	排便 (回数)							
	下痢 (有・無)							
	便秘 (有・無) (便量少も含)							
吐き気								
おうと 嘔吐 (回数)								
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)								
痛み (部位)								
手足のしびれ (有・無)								
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)								
出血 (部位)								
【メモ】 気になることをメモして おきましょう		___月___日	___月___日	___月___日				

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第3週		/	/	/	/	/	/	/
		曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 ( mg) イキサゾミブ カプセル								
レブラミド ( mg) レナリドミド カプセル								
デキサメタゾン ( mg) 錠								
体温 (℃)								
体重 (kg)								
排便	排便 (回数)							
	下痢 (有・無)							
	便秘 (有・無) (便量少も含)							
吐き気								
おうと 嘔吐 (回数)								
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)								
痛み (部位)								
手足のしびれ (有・無)								
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)								
出血 (部位)								
【メモ】 気になることをメモして おきましょう		___月___日	___月___日	___月___日				

## 今週はニンラーロはお休みです。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第4週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラーロ イキサゾミブ ( mg) カプセル	今週はお休みです						
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル	今週はお休みです						
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (°C)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日				

(第1週～第2週)

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第1週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル							
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル							
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (℃)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日



## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第2週		/	/	/	/	/	/	/
		曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 <small>イキサゾミブ</small> ( mg) カプセル								
レブラミド <small>レナリドミド</small> ( mg) カプセル								
デキサメタゾン ( mg) 錠								
体温 (°C)								
体重 (kg)								
排便	排便 (回数)							
	下痢 (有・無)							
	便秘 (便量少も含) (有・無)							
吐き気								
<small>おうと</small> 嘔吐 (回数)								
<small>ほっしん</small> 発疹・かゆみ (有・無)								
痛み (部位)								
手足のしびれ (有・無)								
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)								
出血 (部位)								
【メモ】 気になることをメモして おきましょう		___月___日	___月___日	___月___日				

(第3週～第4週)

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第3週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル							
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル							
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (℃)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日

## 今週はニンラーロはお休みです。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第4週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラーロ イキサゾミブ ( mg) カプセル	今週はお休みです						
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル	今週はお休みです						
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (°C)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日				

(第1週～第2週)

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第1週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル							
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル							
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (℃)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第2週		/	/	/	/	/	/	/
		曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル								
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル								
デキサメタゾン ( mg) 錠								
体温 (℃)								
体重 (kg)								
排便	排便 (回数)							
	下痢 (有・無)							
	便秘 (有・無) (便量少も含)							
吐き気								
おうと 嘔吐 (回数)								
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)								
痛み (部位)								
手足のしびれ (有・無)								
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)								
出血 (部位)								
【メモ】 気になることをメモして おきましょう		___月___日	___月___日	___月___日				

(第3週～第4週)

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第3週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル							
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル							
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (℃)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日

## 今週はニンラーロはお休みです。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第4週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラーロ イキサゾミブ ( mg) カプセル	今週はお休みです						
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル	今週はお休みです						
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (℃)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日				

(第1週～第2週)

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第1週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル							
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル							
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (℃)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日	___月___日



## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第2週		/	/	/	/	/	/	/
		曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル								
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル								
デキサメタゾン ( mg) 錠								
体温 (°C)								
体重 (kg)								
排便	排便 (回数)							
	下痢 (有・無)							
	便秘 (有・無) (便量少も含)							
吐き気								
嘔吐 (回数) <small>おうと</small>								
発疹・かゆみ (有・無) <small>ほっしん</small>								
痛み (部位)								
手足のしびれ (有・無)								
めまい・ふらつき (有・無)								
疲れ (有・無)								
出血 (部位)								
【メモ】 気になることをメモして おきましょう		___月___日	___月___日	___月___日				

# ニンラー口治療日誌【    サイクル目】

## 第1日目にニンラー口を服用します。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第3週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラー口 イキサゾミブ ( mg) カプセル							
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル							
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (℃)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日				

## 今週はニンラーロはお休みです。

- 医師の指示にしたがって、それぞれのおくすりの服用量を記入してください。
- 日々の状態を記入例にならって記録しましょう。
- 気になる症状があらわれたらメモ欄に記入してください。

第4週	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
ニンラーロ イキサゾミブ ( mg) カプセル	今週はお休みです						
レブラミド レナリドミド ( mg) カプセル	今週はお休みです						
デキサメタゾン ( mg) 錠							
体温 (°C)							
体重 (kg)							
排便	排便 (回数)						
	下痢 (有・無)						
	便秘 (有・無) (便量少も含)						
吐き気							
おうと 嘔吐 (回数)							
ほっしん 発疹・かゆみ (有・無)							
痛み (部位)							
手足のしびれ (有・無)							
めまい・ふらつき (有・無)							
疲れ (有・無)							
出血 (部位)							
【メモ】 気になることをメモして おきましょう	___月___日	___月___日	___月___日				

# 検査結果の記録

多発性骨髄腫の病状を管理するために、診察時に重要な検査値や状態についてたずね、記録するようにしましょう。

	月 日 ( )曜日	月 日 ( )曜日	月 日 ( )曜日	月 日 ( )曜日
Mタンパク (mg/dL)				
アルブミン : ALB (g/dL)				
$\beta_2$ ミクログロブリン : $\beta_2$ MG (mg/L)				
クレアチニン : Cr (mg/dL)				
カルシウム : Ca (mg/dL)				
ヘモグロビン : Hb (g/dL)				
血小板数 : PLT ( $\times 10^4/\mu\text{L}$ )				
白血球数 : WBC ( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )				
C反応性タンパク : CRP (mg/dL)				
免疫グロブリンG : IgG (mg/dL)				
免疫グロブリンA : IgA (mg/dL)				
免疫グロブリンM : IgM (mg/dL)				
免疫グロブリンD : IgD (mg/dL)				
骨の異常				
メモ				

月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日

# 検査結果の記録

多発性骨髄腫の病状を管理するために、診察時に重要な検査値や状態についてたずね、記録するようにしましょう。

	月 日 ( )曜日	月 日 ( )曜日	月 日 ( )曜日	月 日 ( )曜日
Mタンパク (mg/dL)				
アルブミン : ALB (g/dL)				
$\beta_2$ ミクログロブリン : $\beta_2$ MG (mg/L)				
クレアチニン : Cr (mg/dL)				
カルシウム : Ca (mg/dL)				
ヘモグロビン : Hb (g/dL)				
血小板数 : PLT ( $\times 10^4/\mu\text{L}$ )				
白血球数 : WBC ( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )				
C反応性タンパク : CRP (mg/dL)				
免疫グロブリンG : IgG (mg/dL)				
免疫グロブリンA : IgA (mg/dL)				
免疫グロブリンM : IgM (mg/dL)				
免疫グロブリンD : IgD (mg/dL)				
骨の異常				
メモ				

月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日	月 日 ( ) 曜日

医療機関名



武田薬品工業株式会社