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

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、処方されたおくすりを、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。

ニンラーロ治療日誌に、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。

ニンラーロ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。

ニンラーロは、多発性骨髄腫に対する治療薬として、以下の２種類の場合で使われます。

(1) 初発の多発性骨髄腫に対して大量化学療法を伴う自家造血幹細胞移植を行って奏効が得られた後、状態を維持するための維持療法（単剤療法）
→４～５ページを参照してください。

(2) これまでの治療に対して効果が認められなかったり、寛解状態から再発した多発性骨髄腫の症状を抑えるために、レブラミド、デキサメタゾンを併用する経口３剤併用療法
→６～７ページを参照してください。

10～13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： 多発性骨髄腫

維持療法では、**4週間（28日間）を1サイクル**として**第1～3週の第1日目に服用**し、通常、第1～4サイクルまでは3mgカプセルを、第5サイクル以降は4mgカプセ

第1～4サイクル

	1週目							2週目				
日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ニンラーロ 3mgカプセル	●	—	—	—	—	—	—	●	—	—	—	—

カプセルの種類が変わります※。

第5サイクル以降

	1週目							2週目				
日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ニンラーロ 4mgカプセル	●	—	—	—	—	—	—	●	—	—	—	—

※おくすりの量（カプセルの種類）は、身体の状態などによって異なることがあります。
医師の指示にしたがってください。

薬剤	種類
ニンラーロ （イキサゾミブ）	［カプセル剤］ 4mg　3mg　2.3mg

における自家造血幹細胞移植後の維持療法（単剤療法）

第４週は服用しません。

ルを服用します※。原則、26サイクル（24ヵ月）まで継続します。

●：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
—	—	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

●：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、服薬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週の第1日目に指示されたカプセルを1カプセル服用します。
第4週は、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。

ニンラーロによる多発性骨髄腫の治療：再発または

経口3剤併用療法では、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**

	1週目							2週目				
日	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（カプセル） イキサゾミブ	[カプセル剤] 4mg 3mg 2.3mg
レブラミド（カプセル） レナリドミド	[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。

難治性の多発性骨髄腫に対する経口３剤併用療法

日間）を１サイクルとして服用します。

●：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 週は、毎日服用します。
第 4 週は、服用しません。

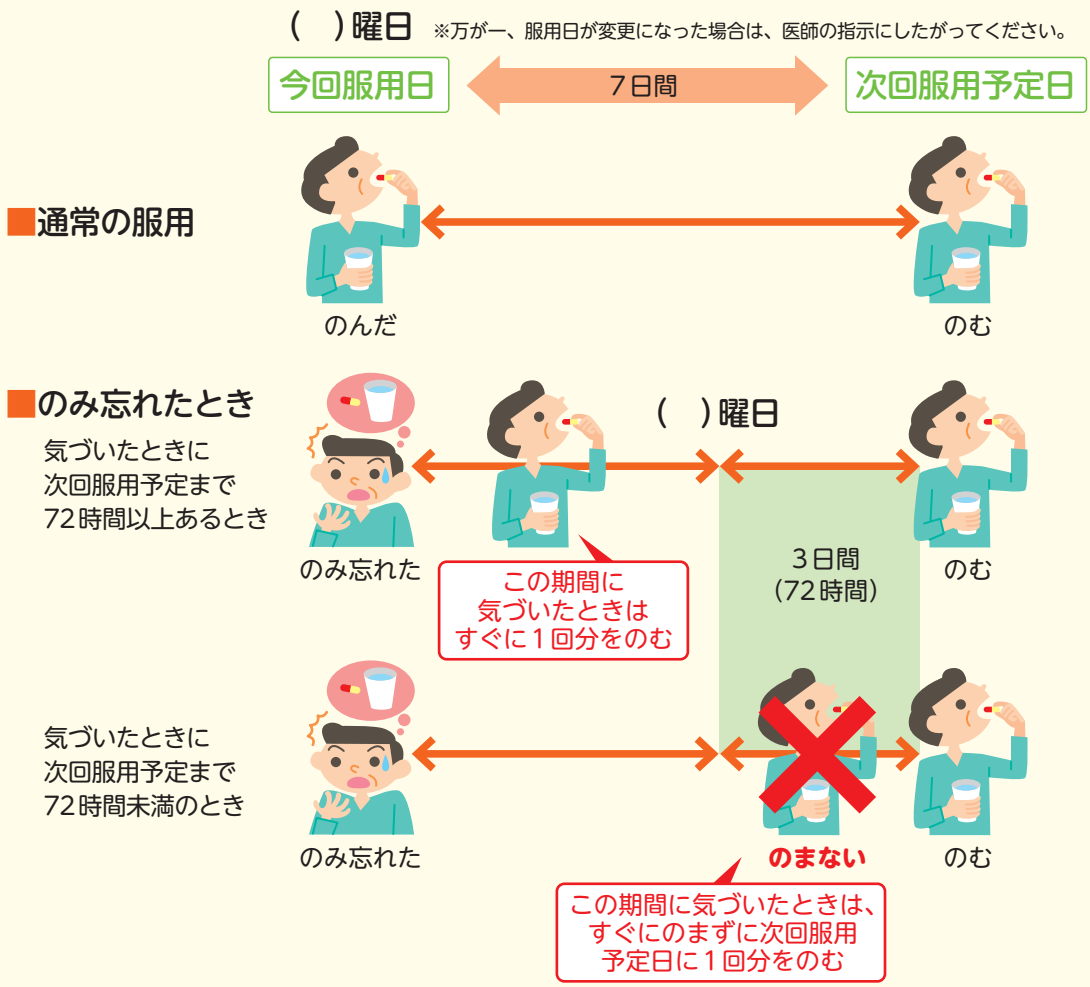
すべての週で、第 1 日目※に服用します。
※第 1 日目と 2 日目に分けて服用する場合もあります。

●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。

ニンラーロ治療：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。

●ニンラーロをのみ忘れた場合、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。



■のむ日を間違えたら？

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、ニンラーロ単剤療法または経口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。

ニンラーロ 患者さん・ご家族向け WEBページ	https://ninlaro.jp/
ニンラーロ 服用カレンダー	ニンラーロが処方される病院、薬局で 入手できます。
ニンラーロ 保管用ファイル	ニンラーロが処方される病院、薬局で 入手できます。 ニンラーロおくすりケース、小冊子「多発性骨髄腫の治療でニンラーロを服用される方へ」、ニンラーロ治療日誌、などをまとめて収納することができます。

●記入例
（第１週～第２週）

ニンラーロ治療日誌【 1 サイクル目】

何サイクル目なのか記入してください。

どちらの治療を受けているのかチェックを入れてください。

第１日目にニンラーロを服用します。

●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。

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 月曜日	5／21 火曜日	5／22 水曜日	5／23 木曜日	5／24 金曜日	5／25 土曜日	5／26 日曜日
ニンラーロ（4 mg）イキサゾミブ カプセル	1						
レブラミド（15 mg）レナリドミド 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	36.2	36.2	36.1		36.5	36.8
体重（kg）	54.2	54.4	54.3	54.3		54.3	
排便 排便（回数）	1					1	2
排便 下痢（有・無）	✓	✓					
排便 便秘（便量少も含）（有・無）							
吐き気							
嘔吐（おうと）（回数）							
発疹（ほっしん）・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

服用するカプセル数・錠数を記入してください。

経口３剤併用療法の場合はチェックを入れてください。

日々の体温と体重を記入してください。

維持療法の場合は

1日の排便の回数を記入してください。

症状が有った場合に「✓」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

【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

☐ 維持療法（ニンラーロ単剤）
☑ 経口３剤併用療法

第１日目にニンラーロを服用します。

●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 月曜日	5／28 火曜日	5／29 水曜日	5／30 木曜日	5／31 金曜日	6／1 土曜日	6／2 日曜日
ニンラーロ（4 mg）イキサゾミブ カプセル	1						
レブラミド（15 mg）レナリドミド カプセル ☑	3	3	3	3	3	3	3
デキサメタゾン（40 mg）錠 ☑	10						
体温 (℃)	36.5	36.4		36.2	36.2		36.2
(kg)	54.2	54.2		54.3	54.2		54.3
排便 排便 (回数)	1	1		0	0		2
排便 下痢 (有・無)	✓	✓					
排便 便秘（便量少も含） (有・無)					✓		
吐き気							
嘔吐（おうと） (回数)							
発疹（ほっしん）・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)							

経口３剤併用療法の場合はチェックを入れてください。

何も記載しません。

【メモ】
気になることをメモしておきましょう

5月27日 気分もよくなくて一日寝込む
5月30日 体調がよくなった
＿月＿日

●記入例
（第３週～第４週）

ニンラーロ治療日誌【 1 サイクル目】

どちらの治療を受けているのかチェックを入れてください。

第１日目にニンラーロを服用します。

●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 月曜日	6／4 火曜日	6／5 水曜日	6／6 木曜日	6／7 金曜日	6／8 土曜日	6／9 日曜日
ニンラーロ（4 mg）イキサゾミブ カプセル	1						
レブラミド（15 mg）レナリドミド 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	
排便 排便（回数）	1	1					
排便 下痢（有・無）	✓	✓					
排便 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）							

経口３剤併用療法の場合はチェックを入れてください。

維持療法の場合は

【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

☐ 維持療法（ニンラーロ単剤）
☑ 経口３剤併用療法

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 月曜日	6／11 火曜日	6／12 水曜日	6／13 木曜日	6／14 金曜日	6／15 土曜日	6／16 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（15mg）カプセル ☑	今週はお休みです						
デキサメタゾン（40mg）錠 ☑	10						
体温 (℃)	36.5	36.4	36.3	36.2			
(kg)	54.2	54.2	54.3	54.3			
排便 排便 (回数)	1						
排便 下痢 (有・無)	✓						
排便 便秘（便量少も含） (有・無)							
吐き気							
嘔吐（おうと） (回数)							
発疹（ほっしん）・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						

おくすりはお休みでも治療日誌の記録は続けましょう。

経口３剤併用療法の場合はチェックを入れてください。

何も記載しません。

（第１週～第２週）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口３剤併用療法

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　mg）カプセル イキサゾミブ							
レブラミド（　mg）カプセル □ レナリドミド							
デキサメタゾン（　mg）錠 □							
体温（℃）							
体重（kg）							
排便　排便（回数）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口3剤併用療法

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（　mg） イキサゾミブ　カプセル	今週はお休みです						
レブラミド（　mg）□ 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（　mg）□ 錠							
体温（℃）							
体重（kg）							
排便　排便（回数）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口３剤併用療法

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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（便量少も含）	(有・無)						
吐き気								
嘔吐（おうと）		(回数)						
発疹（ほっしん）・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）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口3剤併用療法

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（　mg）カプセル イキサゾミブ	今週はお休みです						
レブラミド（　mg）カプセル □ レナリドミド	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)							
排便 下痢 (有・無)							
排便 便秘（便量少も含） (有・無)							
吐き気							
嘔吐（おうと） (回数)							
発疹（ほっしん）・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）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口3剤併用療法

第1日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口3剤併用療法

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（　mg） イキサゾミブ　カプセル	今週はお休みです						
レブラミド（　mg）□ 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（　mg）□ 錠							
体温（℃）							
体重（kg）							
排便　排便（回数）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口３剤併用療法

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口3剤併用療法

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（　mg） イキサゾミブ　カプセル	今週はお休みです						
レブラミド（　mg）□ 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（　mg）□ 錠							
体温（℃）							
体重（kg）							
排便　排便（回数）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口３剤併用療法

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ 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 (便量少も含) (有・無)							
吐き気								
嘔吐（おうと） (回数)								
発疹（ほっしん）・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）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口3剤併用療法

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（　mg） イキサゾミブ　カプセル	今週はお休みです						
レブラミド（　mg）□ 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（　mg）□ 錠							
体温（℃）							
体重（kg）							
排便　排便（回数）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口３剤併用療法

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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）

ニンラーロ治療日誌【　　サイクル目】

第１日目にニンラーロを服用します。

●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
ニンラーロ（　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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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						

□ 維持療法（ニンラーロ単剤）
□ 経口3剤併用療法

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（　mg）カプセル イキサゾミブ	今週はお休みです						
レブラミド（　mg）カプセル □ レナリドミド	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）							
排便　下痢（有・無）							
排便　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）							
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、

	月　日 (　　)曜日	月　日 (　　)曜日	月　日 (　　)曜日	月　日 (　　)曜日	月　日 (　　)曜日
アルブミン：ALB (g/dL)					
β_2ミクログロブリン：β_2MG (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 ($\times 10^4/\mu L$)					
白血球数：WBC ($\times 10^3/\mu L$)					
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					
κ型 (mg/L)*					
λ型 (mg/L)*					
κ／λ比*					
メモ					

＊免疫グロブリン遊離軽鎖κ／λ比（フリーライトチェーン：FLC）

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

ニンラーロ 患者さん・ご家族向けWEBページ

https://ninlaro.jp/

多発性骨髄腫と「ニンラーロ」について正しく理解し、服用していただくための情報サイトです。

医療機関名

武田薬品工業株式会社

(1-5-6189)

2020年3月作成