

■ 20

私の 2 服薬手帳 5 ■

分子標的治療薬で慢性骨髄性白血病 (CML) を治療中の患者様へ

治療メモ

初めて受診した時の状態					
受診日		身長	体重		
年 月 日		cm	kg		
自覚症状					
白血球数 (WBC)					
($\times 10^3/\mu\text{L}$)					
白血球分画					
好中球	好酸球	好塩基球	リンパ球	単球	
%	%	%	%	% %	
血小板数 (Plt)			ヘモグロビン (Hb)		
$\times 10^4/\mu\text{L}$			g/dL		
慢性骨髄性白血病 (CML) の薬を開始した日					
(薬剤名))	年	月	日	
(薬剤名))	年	月	日	
(薬剤名))	年	月	日	
かかっている医療施設					
施設名:					
連絡先:					
主治医:					

この服薬手帳について

①検査値の記録、治療効果の記録

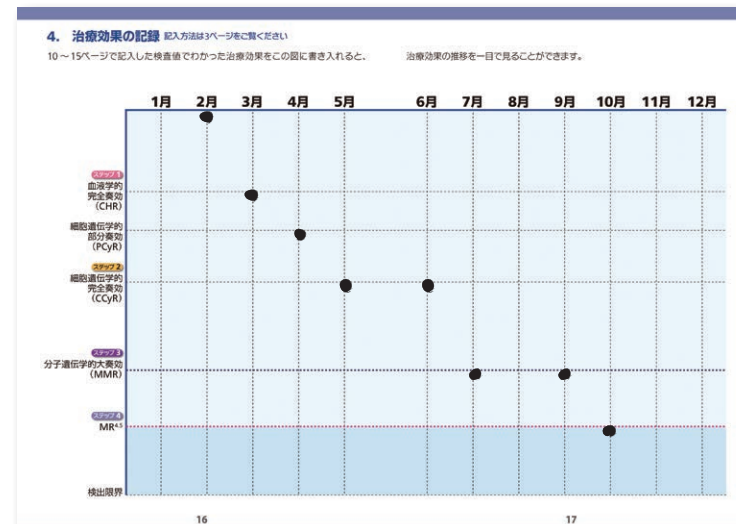
→ 10 ~ 17ページ

慢性骨髄性白血病 (CML) の治療効果は、血液学的検査や細胞遺伝学的検査、分子遺伝学的検査により判断します。これらの検査結果を手帳に記録することで、**ご自身の治療の進み具合を把握できます。**

3. 検査値の記録 記入方法は3ページをご覧ください

初診時	1	2	3	4	5		
検査した日	2/9	2/23	3/9	4/5	5/9	6/9	7/8
血液学的検査							
白血球数 ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	76	24	3.3	3.6	6.5	4.2	3.6
血小板数 ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	56.0	36.0	9.8	12.8	15.8	17.8	16.4
ヘモグロビン (g/dL)	10.2	9.9	9.4	9.6	10.2	10.8	11.8
細胞遺伝学的検査							
FISH法	%	%	%	9	0	%	%
Gバンド法	19	/20	/20	/20	/20	0	/20
分子遺伝学的検査							
R-O-PCR法 (%)					0.68%	0.26%	0.07%

10 11

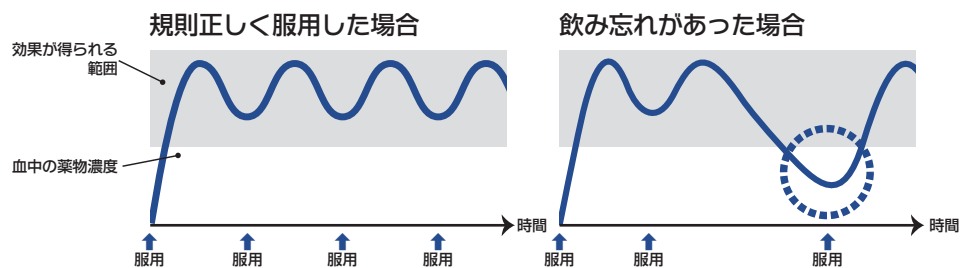


②毎日の記録

→19～47ページ

毎日服用する薬は、慣れてくると飲み忘れることがあるかもしれません。特に外出や旅行のある日は、飲み忘れやすいものです。

規則正しく薬を服用できている場合、血液中の薬物濃度は薬の効果が得られる範囲に維持されますが、飲み忘れたり、服用量が足りない場合は、血液中の薬物濃度が効果が得られる範囲に満たない時間ができてしまいます(下図)。



飲み忘れを防止する工夫として、服用したら手帳に服用記録をつけてみてはいかがでしょうか。

「毎日の記録」に、服用状況のみでなく、体の浮腫(むくみ)の指標となる体重や体調の変化を記録することで、副作用に早く気づくことができます。また、主治医に聞きたいことをメモしておけば、次の受診時に忘れずに聞くことができます。

**たとえば
1日1回4個を
服用した場合、
欄の中央に「4」
と記入**

**たとえば
1回2個を1日2回
服用した場合、
2/2 個と記入**

**飲み忘れなどが
あり、朝に1回2個
しか服用しなかつた
場合は
2/0 個と記入**

③受診メモ

→48～57ページ

「次の受診の時に先生に聞こう」と思っていることがあっても、実際の受診時には忘れてしまったり、聞きたいことがうまく説明できなかつたりすることはありませんか？
受診する前に質問したいことを手帳にまとめて、「受診メモ」をつくっておいてはいかがでしょうか。

受診メモ

質問したい内容をメモにまとめると、単に質問事項を忘れないというだけでなく、自分のわからない点を整理することもできます。
簡潔書きで質問したい順に記入しておくこと、短時間でも焦らず質問できます。

1月 12日
質問したいこと
前回の検査の結果、今の状態はどのようになっているか 1.
予防接種を受けてもよいか 2.
旅行に行くのは問題ないか 3.

治療中の検査について

1. 治療効果を判定するための検査

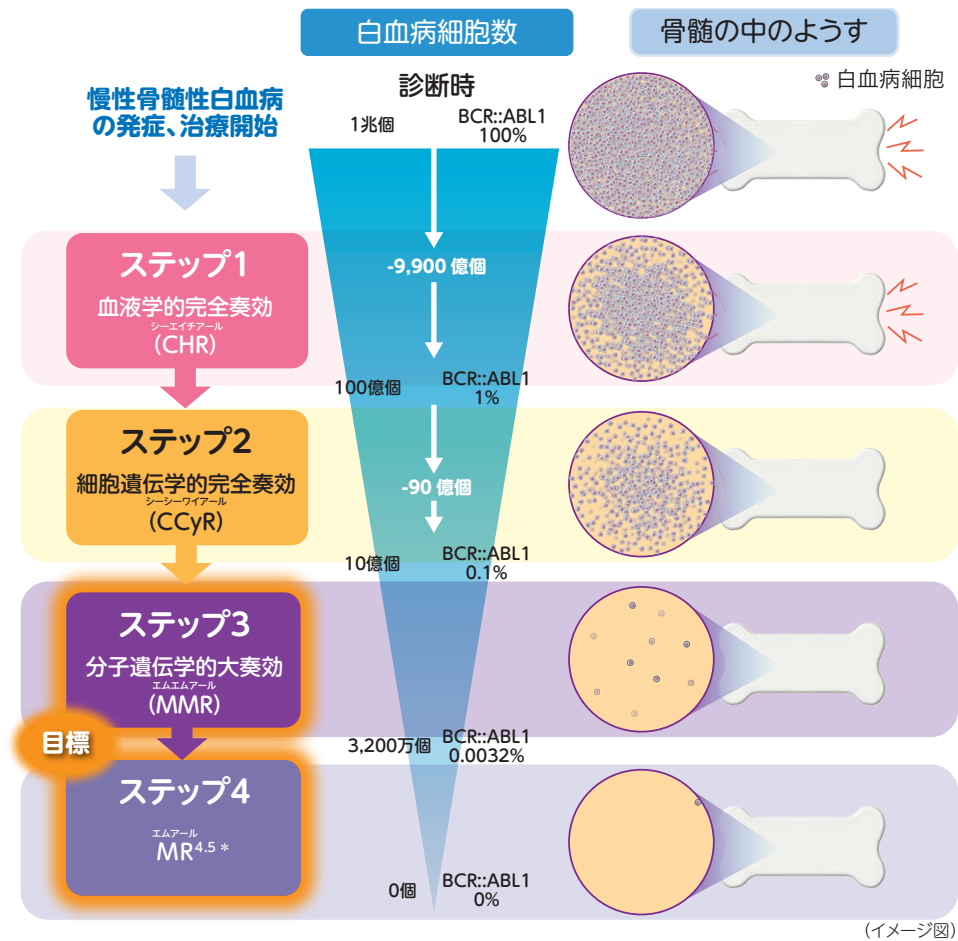
慢性骨髄性白血病(CML)の治療の効果は、白血病細胞の減少レベルに応じて、血液学的検査、細胞遺伝学的検査、分子遺伝学的検査によって定期的に判定されます。それぞれの検査の目的、採取するもの(サンプル)、実施頻度、判定される効果は、以下のとおりです*。

*ご紹介する検査や頻度は一般的な内容で、患者さんにより異なる場合があります。詳しくは主治医にお尋ねください。

●治療効果を判定するための検査

	目的	サンプル	実施頻度	判定される効果
血液学的検査	血液中の白血球、赤血球、血小板の数、白血球分画(種類)を確認。	血液	血液学的完全奏効(右記)の達成までは1~2週間ごと、達成後は少なくとも3ヵ月ごと、もしくは必要に応じて実施。	●血液学的完全奏効 (ステップ1) (Complete Hematologic Response: CHR) 以下のすべての項目に該当する場合。 ・白血球数が $10.0 \times 10^3/\mu\text{L}$ 未満 ・血小板数が $45.0 \times 10^4/\mu\text{L}$ 未満 ・白血球分画に幼若顆粒球がみられず、かつ好塩基球比率5%未満 ・脾臓の腫れなし
細胞遺伝学的検査 (FISH法、Gバンド法)	血液あるいは骨髄中の細胞20~100個から、フィラデルフィア(Ph)染色体にて白血病細胞を確認。検査値は2/20(20個の細胞中、2個にPh染色体が存在するという意味)などと表される。	骨髄あるいは血液	診断から3、6、12ヵ月後、細胞遺伝学的完全奏効(右記)達成後は12ヵ月ごと、もしくは必要に応じて実施。	●細胞遺伝学的部分奏効 (ステップ2) (Partial Cytogenetic Response: PCyR) Ph染色体陽性細胞の発現が1~35%(20個中1~7個) ●細胞遺伝学的完全奏効 (ステップ2) (Complete Cytogenetic Response: CCyR) Ph染色体陽性細胞の発現が0%(20個中0個)
分子遺伝学的検査 (RQ-PCR法)	血液あるいは骨髄中の細胞10万~100万個から、BCR::ABL1遺伝子にて白血病を確認。検査値は%で表される。	血液あるいは骨髄	分子遺伝学的完全奏効(右記)達成までは3ヵ月ごと、その後は3~6ヵ月ごとに実施。	●分子遺伝学的完全奏効 (ステップ3) (Major Molecular Response: MMR) BCR::ABL1遺伝子がABL1遺伝子に対して0.1%以下、100コピー/μgRNA以下 ●MR^{4.5} (ステップ4) BCR::ABL1遺伝子がABL1遺伝子に対して0.0032%以下

精度が高い



(イメージ図)

*MR^{4.5}は、一般的な患者さんの診断時のBCR::ABL1遺伝子量100%に対して、0.0032%(4.5log)以下に減少したことを示すものです。本レベルは、従来の検査では検出感度以下であったため、CMR(Complete MR)やPCR陰性とされていましたが、検出法の進歩により、さらに少ない白血病細胞を検出できるようになり、現在ではMR^{4.5}と記載されます。

2. 治療中の全身の状態を確認するための検査

治療中は、主に造血機能、肝機能、腎機能を確認するための血液検査や、服用する薬によっては心電図検査なども定期的に行います。

血液検査での一般的な検査項目の基準値*と表すことは、以下のとおりです。

*基準値は検査を行う施設、また検査法によっても異なります。個々に示した基準値は参考とし、各施設の基準に従ってください。

●一般的な検査項目の基準値と表すこと

	検査項目	基準値	表すこと
造血機能	白血球数 (WBC) ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	3.3-8.6	感染・炎症により上昇
	赤血球数 (RBC) ($\times 10^4/\mu\text{L}$)	男: 435-555 女: 386-492	減少した場合、貧血
	ヘモグロビン (Hb) (g/dL)	男: 13.7-16.8 女: 11.6-14.8	
	ヘマトクリット値 (Ht) (%)	男: 40.7-50.1 女: 35.1-44.4	減少した場合、出血傾向
	血小板数 (Plt) ($\times 10^4/\mu\text{L}$)	15.8-34.8	
	平均赤血球容積 (MCV) (fL)	83.6-98.2	増減の組み合わせにより、貧血の種類を確認
	平均赤血球ヘモグロビン量 (MCH) (pg)	27.5-33.2	
	平均赤血球ヘモグロビン濃度 (MCHC) (g/dL)	31.7-35.3	
	好中球桿状核球百分率 (Band・Stab) (%)	0.5-6.5	白血球の種類を増減、異常細胞の出現を確認
	好中球分葉核球百分率 (Seg) (%)	38.0-74.0	
	好酸球百分率 (Eosino) (%)	0.0-8.5	
	好塩基球百分率 (Baso) (%)	0.0-2.5	
	リンパ球百分率 (Lymph) (%)	16.5-49.5	
単球百分率 (Mono) (%)	2.0-10.0		
AST (U/L)	13-30	肝機能障害で上昇	
ALT (U/L)	男: 10-42 女: 7-23		
LD (U/L)	124-222		
ALP (U/L)	38-113		
γ -GT (U/L)	男: 13-64 女: 9-32		
総ビリルビン (mg/dL)	成人: 0.4-1.5	肝機能障害で低下	
コリンエステラーゼ (ChE) (U/L)	男: 240-486 女: 201-421		

	検査項目	基準値	表すこと
腎機能	尿素窒素 (UN) (mg/dL)	8-20	腎機能障害で上昇
	クレアチニン (Cr) (mg/dL)	男: 0.65-1.07 女: 0.46-0.79	
	尿酸 (UA) (mg/dL)	男: 3.7-7.8 女: 2.6-5.5	
その他	総蛋白 (TP) (g/dL)	6.6-8.1	肝臓や腎臓の病気で減少
	アルブミン (ALB) (g/dL)	4.1-5.1	
	ナトリウム (Na) (mEq/L)	138-145	体液中の電解質イオンの濃度を確認 (下痢を繰り返すことで、異常を示す場合がある)
	カリウム (K) (mEq/L)	3.6-4.8	
	クロール (Cl) (mEq/L)	101-108	
	総カルシウム (Ca) (mg/dL)	8.8-10.1	感染・炎症により上昇
	CRP (C反応性蛋白) (mg/dL)	≤ 0.14	
クレアチンキナーゼ (CK) (U/L)	男: 59-248 女: 41-153	筋肉の収縮や弛緩運動の異常により上昇	

参考資料: 臨床検査法提要 (改訂第35版), 金原出版

3. 検査値の記録 記入方法は3ページをご覧ください

服用を始めてからの期間	週力間月	週力間月	週力間月		週力間月	週力間月	週力間月	週力間月
検査した日	/	/	/		/	/	/	/
血液学的検査								
白血球数 ($\times 10^3/\mu\text{L}$)								
血小板数 ($\times 10^4/\mu\text{L}$)								
ヘモグロビン (g/dL)								
細胞遺伝学的検査								
フィッシュ FISH法 Gバンド法	%	%	%		%	%	%	%
	/20	/20	/20		/20	/20	/20	/20
分子遺伝学的検査								
アールキュービーシーアール RQ-PCR法 (%)								

記入方法は3ページをご覧ください

服用を始めてからの期間	週カ 間月	週カ 間月	週カ 間月		週カ 間月	週カ 間月	週カ 間月	週カ 間月
検査した日	/	/	/		/	/	/	/
血液学的検査								
白血球数 ($\times 10^3/\mu\text{L}$)								
血小板数 ($\times 10^4/\mu\text{L}$)								
ヘモグロビン (g/dL)								
細胞遺伝学的検査								
フィッシュ FISH法 Gバンド法	%	%	%		%	%	%	%
	/20	/20	/20		/20	/20	/20	/20
分子遺伝学的検査								
アールキュービーシーアール RQ-PCR法 (%)								

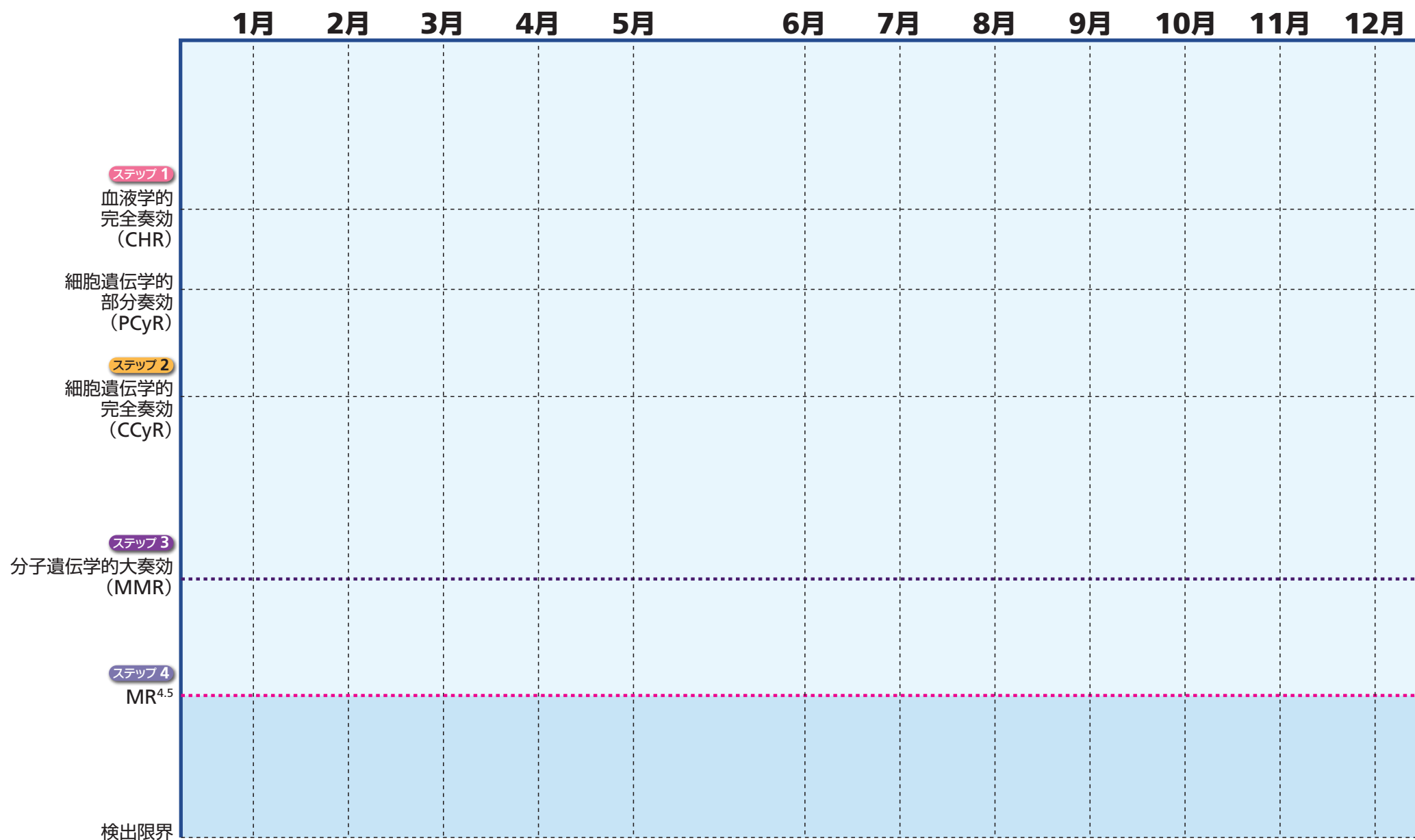
記入方法は3ページをご覧ください

服用を始めてからの期間	週カ 間月	週カ 間月	週カ 間月		週カ 間月	週カ 間月	週カ 間月	週カ 間月
検査した日	/	/	/		/	/	/	/
血液学的検査								
白血球数 ($\times 10^3/\mu\text{L}$)								
血小板数 ($\times 10^4/\mu\text{L}$)								
ヘモグロビン (g/dL)								
細胞遺伝学的検査								
フィッシュ FISH法 Gバンド法	%	%	%		%	%	%	%
	/20	/20	/20		/20	/20	/20	/20
分子遺伝学的検査								
アールキュービーシーアール RQ-PCR法 (%)								

4. 治療効果の記録 記入方法は3ページをご覧ください

10～15ページで記入した検査値でわかった治療効果をこの図に書き入ると、

治療効果の推移を一目で見ることができます。



Lined page template with a solid top border and a solid bottom border. The page is filled with horizontal dotted lines for writing.

2025年
毎日の記録



January

1月

記入方法は5ページをご覧ください

・服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
			1 <small>元日</small>	2	3	4
			個	個	個	個
5	6	7	8	9	10	11
個	個	個	個	個	個	個
12	13 <small>成人の日</small>	14	15	16	17	18
個	個	個	個	個	個	個
19	20	21	22	23	24	25
個	個	個	個	個	個	個
26	27	28	29	30	31	
個	個	個	個	個	個	

●**体重変化のチェック**

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●**今月のおくすり**

新しいおくすりや、一時的にのみのおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●**体調変化のチェック**

こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●**その他のメモ**



February
2月

記入方法は5ページをご覧ください

•服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
						1 個
2 個	3 個	4 個	5 個	6 個	7 個	8 個
9 個	10 個	11 個 建国記念の日	12 個	13 個	14 個	15 個
16 個	17 個	18 個	19 個	20 個	21 個	22 個
23 個 天皇誕生日	24 個 振替休日	25 個	26 個	27 個	28 個	

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのみのおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●その他のメモ



March

3月

記入方法は5ページをご覧ください

・服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
						1 個
2 個	3 個	4 個	5 個	6 個	7 個	8 個
9 個	10 個	11 個	12 個	13 個	14 個	15 個
16 個	17 個	18 個	19 個	20 個 春分の日	21 個	22 個
23 個	24 個	25 個	26 個	27 個	28 個	29 個
30 個	31 個					

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのむおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●その他のメモ



April

4月

記入方法は5ページをご覧ください

•服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
		1 個	2 個	3 個	4 個	5 個
6 個	7 個	8 個	9 個	10 個	11 個	12 個
13 個	14 個	15 個	16 個	17 個	18 個	19 個
20 個	21 個	22 個	23 個	24 個	25 個	26 個
27 個	28 個	29 個 <small>昭和の日</small>	30 個			

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのみのおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

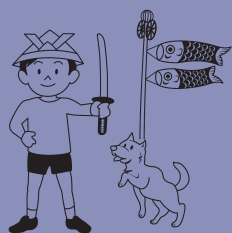
こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●その他のメモ



May

5月

記入方法は5ページをご覧ください

•服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3 憲法記念日
				個	個	個
4 みどりの日	5 こどもの日	6 振替休日	7	8	9	10
個	個	個	個	個	個	個
11	12	13	14	15	16	17
個	個	個	個	個	個	個
18	19	20	21	22	23	24
個	個	個	個	個	個	個
25	26	27	28	29	30	31
個	個	個	個	個	個	個

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのみのおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

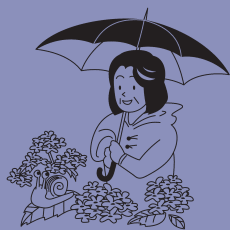
こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●その他のメモ



June
6月

記入方法は5ページをご覧ください

•服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
1 個	2 個	3 個	4 個	5 個	6 個	7 個
8 個	9 個	10 個	11 個	12 個	13 個	14 個
15 個	16 個	17 個	18 個	19 個	20 個	21 個
22 個	23 個	24 個	25 個	26 個	27 個	28 個
29 個	30 個					

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのみのおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●その他のメモ



July

7月

記入方法は5ページをご覧ください

•服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
		1 個	2 個	3 個	4 個	5 個
6 個	7 個	8 個	9 個	10 個	11 個	12 個
13 個	14 個	15 個	16 個	17 個	18 個	19 個
20 個	21 海の日 個	22 個	23 個	24 個	25 個	26 個
27 個	28 個	29 個	30 個	31 個		

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのみのおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●その他のメモ



August

8月

記入方法は5ページをご覧ください

•服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
					個	個
3	4	5	6	7	8	9
個	個	個	個	個	個	個
10	11 山の日	12	13	14	15	16
個	個	個	個	個	個	個
17	18	19	20	21	22	23
個	個	個	個	個	個	個
24	25	26	27	28	29	30
個	個	個	個	個	個	個
31						
個						

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのみおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●その他のメモ



September

9月

記入方法は5ページをご覧ください

•服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
	個	個	個	個	個	個
7	8	9	10	11	12	13
個	個	個	個	個	個	個
14	15 敬老の日	16	17	18	19	20
個	個	個	個	個	個	個
21	22	23 秋分の日	24	25	26	27
個	個	個	個	個	個	個
28	29	30				
個	個	個				

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのみのおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●その他のメモ

・服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
			個	個	個	個
5	6	7	8	9	10	11
個	個	個	個	個	個	個
12	13 <small>スポーツの日</small>	14	15	16	17	18
個	個	個	個	個	個	個
19	20	21	22	23	24	25
個	個	個	個	個	個	個
26	27	28	29	30	31	
個	個	個	個	個	個	

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのみのおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

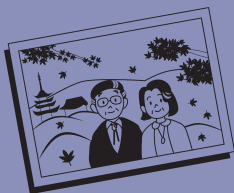
こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●その他のメモ



•服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
						1 個
2 個	3 文化の日 個	4 個	5 個	6 個	7 個	8 個
9 個	10 個	11 個	12 個	13 個	14 個	15 個
16 個	17 個	18 個	19 個	20 個	21 個	22 個
23 勤労感謝の日 個	24 振替休日 個	25 個	26 個	27 個	28 個	29 個
30 個						

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのむおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

こんな症状、ありませんか？

- 吐き気 発熱 発疹 貧血 動悸
- 嘔吐 全身のむくみ 体重増加 筋けいれん 関節や筋肉の痛み
- 下痢 疲れやすい 出血しやすい 腹痛 頭痛
- 息切れ 悪寒 から咳 胸の痛み 胸の不快感
- 息苦しい 手足のしびれ 冷や汗 胸の圧迫感 意識障害
- 呼吸困難 手足の冷感 めまい 視力低下(物が見えない)
- 言語障害 突然の片側の手足や顔のまひ 歩行時の足の痛み(休むとおさまる)

その他

()

●その他のメモ



December

12月

記入方法は5ページをご覧ください

・服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
	1 個	2 個	3 個	4 個	5 個	6 個
7 個	8 個	9 個	10 個	11 個	12 個	13 個
14 個	15 個	16 個	17 個	18 個	19 個	20 個
21 個	22 個	23 個	24 個	25 個	26 個	27 個
28 個	29 個	30 個	31 個			

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのみのおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●その他のメモ



• 服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
				1 元日	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12 成人の日	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

● 体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

● 今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのみのおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に（ ）回服用
薬剤名:	1日に（ ）回服用
薬剤名:	1日に（ ）回服用
薬剤名:	1日に（ ）回服用

● 体調変化のチェック

こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下（物が見えない） | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み（休むとおさまる） | | |

その他

()

● その他のメモ



February

2月

記入方法は5ページをご覧ください

•服用した薬の個数を記入してください。

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
個	個	個	個	個	個	個
8	9	10	11 建国記念の日	12	13	14
個	個	個	個	個	個	個
15	16	17	18	19	20	21
個	個	個	個	個	個	個
22	23 天皇誕生日	24	25	26	27	28
個	個	個	個	個	個	個

●体重変化のチェック

1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
kg	kg	kg	kg	kg

●今月のおくすり

新しいおくすりや、一時的にのみのおくすり（風邪薬など）を記入してください。

薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用
薬剤名:	1日に()回服用

●体調変化のチェック

こんな症状、ありませんか？

- | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 全身のむくみ | <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 筋けいれん | <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 出血しやすい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> から咳 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸の不快感 |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 冷や汗 | <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 意識障害 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 視力低下(物が見えない) | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 突然の片側の手足や顔のまひ | <input type="checkbox"/> 歩行時の足の痛み(休むとおさまる) | | |

その他

()

●その他のメモ

受診メモ

質問したい内容をメモにまとめると、単に質問事項を忘れないというだけでなく、自分のわからない点を整理することもできます。

箇条書きで質問したい順に記入しておくこと、短時間でも焦らず質問できます。

月	日
質問したいこと	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

.....

.....

.....

.....

月	日
回答	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

.....

.....

.....

.....

月 日
質問したいこと
1.
2.
3.
4.
5.

.....

.....

.....

.....

月 日
回答
1.
2.
3.
4.
5.

.....

.....

.....

.....

月 日
質問したいこと
1.
2.
3.
4.
5.

.....

.....

.....

.....

月 日
回答
1.
2.
3.
4.
5.

.....

.....

.....

.....

月 日
質問したいこと
1.
2.
3.
4.
5.

.....

.....

.....

.....

月 日
回答
1.
2.
3.
4.
5.

.....

.....

.....

.....

月 日
質問したいこと
1.
2.
3.
4.
5.

.....

.....

.....

.....

月 日
回答
1.
2.
3.
4.
5.

.....

.....

.....

.....

疾患情報

ウェブサイトのご案内

慢性骨髄性白血病（CML）の疾患や治療について、専門医がわかりやすく解説する動画や、患者さんからのよくある質問にお答えするQ&A、CMLとかわりながら活躍されている方々の体験談などをご覧ください。

詳細はこちらから

<https://www.gan-kisho.novartis.co.jp/cmlstation>



お薬・疾患情報

お薬・疾患情報掲載サイトのご紹介

ノバルティス ファーマが販売する慢性骨髄性白血病のお薬についてわかりやすく解説した冊子や関連情報はこちらからご覧いただけます。ダウンロード等もできますので、ぜひご利用ください。

詳細はこちらから

<https://www.product.gan-kisho.novartis.co.jp/patientinfo>



疾患情報

小冊子のご案内

慢性骨髄性白血病（CML）について詳しく解説した小冊子もご用意していますので、主治医もしくは医療従事者にご相談ください。

詳細はこちらから

<https://www.product.gan-kisho.novartis.co.jp/patientinfo/pdf/cmlbook>



監修：岡田 昌也 先生
関西医科大学 内科学第一講座