

レミケード治療の記録

| 乾癬 |

REMICADE REMICADE REMICADE REMICADE REMICADE REMICADE

【監修】東京慈恵会医科大学皮膚科教授 **中川 秀己** 先生
東京逡信病院皮膚科部長 **江藤 隆史** 先生

レミケード治療の記録

乾癬

氏名		
生年月日・年齢		年 月 日 (歳)
連絡先	自宅	住所
		電話 ()
	勤務先	住所
		電話 ()
	緊急連絡先	住所
		電話 ()

(記入日： 年 月 日)

レミケード治療を受ける 乾癬患者さんへ

- レミケードの投与後は十分な経過観察を行う必要があります。
定期的に診察や検査を受けるとともに、この手帳に記録をつけましょう。
- 受診の際は、この手帳を担当医師に提示してください。

担当医	病院名	診療科

	医師名

担当医	病院名	診療科

	医師名

担当医	病院名	診療科

	医師名

レミケードの投与方法

● 約2カ月に1回、病院で点滴

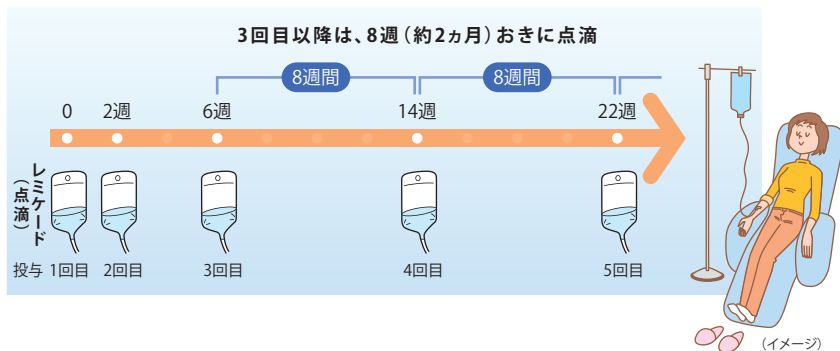
レミケードは、病院で点滴によって投与する薬です。

初めての点滴の後、2回目の点滴は2週間後に、3回目の点滴はその4週間後（初めての点滴から6週間後）に行います。以降は、8週間おき（約2カ月に1回）の点滴となります。

1回の点滴にかかる時間は、約2時間（またはそれ以上）です。

点滴中は血圧や体温を定期的に測定します。

レミケードの投与スケジュール



**レミケードによる治療を安全に行うため、
投与を始める前に次のような検査をします。**

- 問診：ご自身およびご家族が結核にかかったことがあるかどうかを伺います
- ツベルクリン反応検査
- 胸部X線（CT）検査
- 血液検査
（白血球数、リンパ球数、 β D-グルカン、肝炎ウイルスなど）

レミケード治療を始めたなら

● 風邪などの感染症に注意しましょう

レミケードのようなTNF α の働きをおさえる薬の投与を受けると、免疫の働きが低下して感染症にかかりやすくなることがあります。レミケード治療を受けているときに「もしかして、風邪を引いたかな?」と感じたら、自分で判断せず主治医に相談してください。

風邪のような症状を感じたら、主治医に相談を

- のどの痛み
- せき・たん
- 鼻水・鼻づまり
- 寒気(悪寒)
- 発熱



感染症の予防には、日ごろからの予防意識と行動が大切

規則正しい生活を	● 十分な睡眠	● バランスの良い食事	
手洗い・うがいをしっかり	● 外出後だけでなく、できるだけ頻繁に	● 石鹸を使って、時間をかけていねいに洗い、清潔なタオルなどで水分をよくふき取る	
風邪やインフルエンザの流行期は予防策を	● 外出するときはマスクを	● 帰宅したら手洗い・消毒	● できれば人混みをさけましょう
ご家族が風邪を引いたときは、うつらないように気をつけて	● マスクをしてもらい、できれば寝室を別にしましょう		
ワクチンの接種	● インフルエンザなどのワクチン接種については、主治医と相談しましょう		

● 少しでも体調がおかしいと感じたら、必ず主治医に連絡を

レミケードの点滴中あるいはご自宅で、少しでも体調がおかしいと感じたら、必ず主治医に連絡してください。

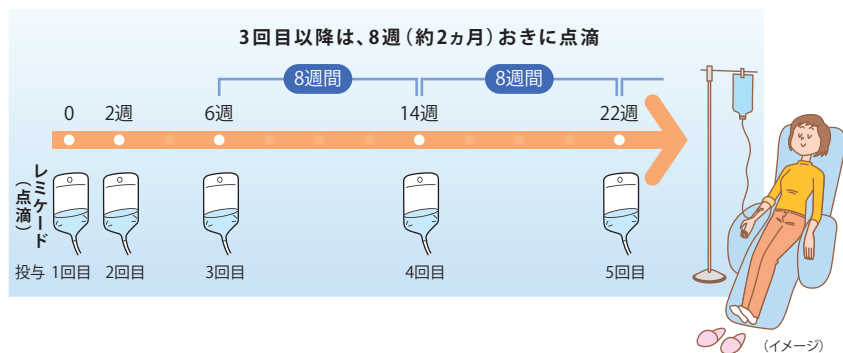
次のような症状(レミケードの主な副作用)がみられたら、主治医に相談を

- 吐き気
- 頭痛
- めまい
- かゆみ
- 発熱
- 体がだるい
- 発疹
- 胸の痛み
- 息が苦しい
- 筋肉や関節が痛む

レミケードの投与日をチェック

- レミケードは3回目の投与以降は、8週間に1回の投与となります。
(2回目の投与は初回から2週後、3回目の投与は初回から6週後)
次の投与日の確認や、学業・仕事のスケジュール、休暇、旅行などの日程調整に、右ページのカレンダーをご利用ください。

レミケードの投与スケジュール



記入例

レミケード投与予定日に
○を記入しましょう。

1月							7月						
S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S
					1	2					1	2	3
4	5	6	7	8	9	10	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	25	26	27	28	29	30	31

2月							8月						
S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7
7	8	9	10	11	12	13	8	9	10	11	12	13	14
14	15	16	17	18	19	20	15	16	17	18	19	20	21
21	22	23	24	25	26	27	22	23	24	25	26	27	28
28							29	30	31				

3月							9月						
S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S
	1	2	3	4	5	6				1	2	3	4
7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11

受診日と体調のチェック

診察を受けた日、レミケードの投与を受けた日とレミケード投与の回数を記録しましょう。

- レミケードを投与すると、下記のような副作用があらわれることがあります。
- もしもこのような症状があらわれたときは、日付と症状を記録しておきましょう。副作用の記録は、治療を安全に行う上で大切な情報です。

主な副作用

頭痛、吐き気、めまい、かゆみ、発熱、体がだるい、発疹、胸の痛み、息苦しい、筋肉や関節などの痛み

感染症

発熱、のどの痛み、せき、たん、口内炎、発疹、水ぶくれ、尿の回数が増える、尿がにごる、排尿時の痛み

投与した数日後に

発疹、急な発熱、じんましん、激しい頭痛、手や顔のむくみ

記入例

日付	レミケードの投与回数	体調の変化
1月6日	1回目	
1月20日	2回目	
2月7日	回目	熱(38.5℃)があり、せきが出た
2月8日	回目	
2月26日	3回目	
月 日	回目	

レミケードを投与した日は、日付と何回目の投与かを記録

体調の変化を感じたときは、日付と症状を記録

日 付	レミケードの 投与回数	体調の変化
月 日	回目	
月 日	回目	
月 日	回目	
月 日	回目	
月 日	回目	
月 日	回目	
月 日	回目	
月 日	回目	
月 日	回目	
月 日	回目	
月 日	回目	
月 日	回目	

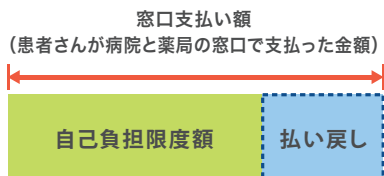
高額療養費制度について

レミケードによる治療を受けると、多くの場合、「高額療養費制度」が適用されます。

●「高額療養費制度」とは

高額療養費制度は、1ヵ月（1日から月末まで）にかかった医療費の窓口支払い額（病院、薬局で支払った金額）が高額となったときに、一定の金額（自己負担限度額）を超えた分が払い戻される制度です。

ただし、差額ベッド代や入院時の食事療養費・生活療養費は対象外です。



●自己負担限度額の算出方法

自己負担限度額は、患者さんが70歳未満の場合と70～74歳の場合で算出方法が異なります。また、同一世帯で過去1年間（直近の12ヵ月間）に3回以上、高額療養費に該当した場合は、4回目から自己負担限度額が変わります。

1ヵ月あたりの自己負担限度額

70歳未満 入院・外来の区別なし

所得の区分	過去1年間に高額療養費に該当する月が何回ありますか？	
	1～3回目	4回目以降
上位所得者 ^a	$150,000円 + (1ヵ月の医療費総額b - 500,000円) \times 1\%$	83,400円
一般	$80,100円 + (1ヵ月の医療費総額b - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
低所得者 (住民税非課税)	35,400円	24,600円

a. 国民健康保険：同一世帯の被保険者の基礎控除後の所得合計額が600万円以上
上記以外：標準報酬月額53万円以上

b. 1ヵ月の医療費総額：診察費、検査費、薬剤費など、病院と薬局でかかった費用の総額（保険者が支払う分＋患者さんが支払う分）

1ヵ月あたりの自己負担限度額

70～74歳^a 入院・外来の区別あり

所得の区分	外来＋入院（世帯ごと）		外来 （個人ごと）
	過去1年間に高額療養費に該当する月が何回ありますか？		
	1～3回目	4回目以降	
一定以上所得者 ^b	80,100円＋ （1ヵ月の医療費総額 ^c －267,000円）×1%	44,400円	44,400円
一般	44,400 ^d 円		12,000 ^d 円
低所得者Ⅱ （住民税非課税世帯）	24,600円		8,000円
低所得者Ⅰ （年金収入80万円以下など）	15,000円		8,000円

a. 75歳以上の方には長寿（後期高齢者）医療制度が適用されますが、表の「所得の区分」は国民健康保険とほぼ同様です。ただし、同一世帯の被保険者の年齢などによって異なる可能性があるため、市区町村の窓口または都道府県の後期高齢者医療広域連合にご確認ください。

b. 国民健康保険：課税所得145万円以上の被保険者がいる場合。ただし、年収合計が単身で383万円未満の場合、2人以上で520万円未満の場合は、国民健康保険担当窓口への届出によって一般所得区分と同様になります。

上記以外：標準報酬月額28万円以上
c. 1ヵ月の医療費総額：診察費、検査費、薬剤費など、病院と薬局でかかった費用の総額（保険者が支払う分＋患者さんが支払う分）
d. 引き上げ凍結措置の延長

2010年3月現在（注：制度は改正されることがあります）

申請手続き

高額療養費制度の払い戻しを受けるには、保険加入先への申請が必要です。申請方法は通院の場合と入院の場合で異なります。

入院の場合、保険加入先へ申請し「限度額適用認定証」の交付を受けておくと、窓口での支払い額は自己負担限度額までとなります。

詳しくは、患者さんご自身が加入している健康保険の担当窓口にお問い合わせください。

払い戻しまでにかかる時間

高額療養費制度の認定には、病院の診療報酬明細書（レセプト）の審査が必要です。そのため、払い戻しは申請してから約3ヵ月後となります。

なお、高額療養費制度は一旦、病院で支払いをした後にその領収書で申請するのが通常ですが、全額を支払うことが困難な世帯については「高額療養費貸付制度」や「高額療養費受領委任払い制度」を利用することができます。

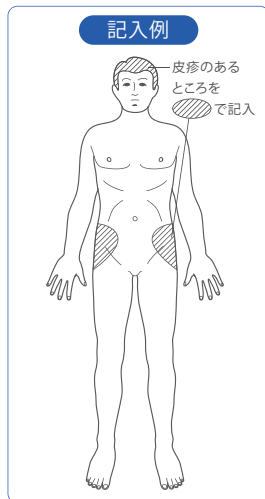
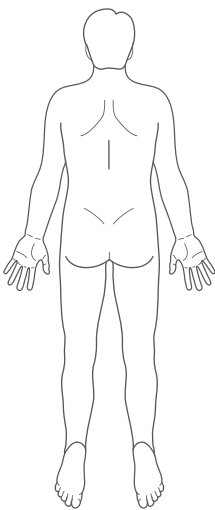
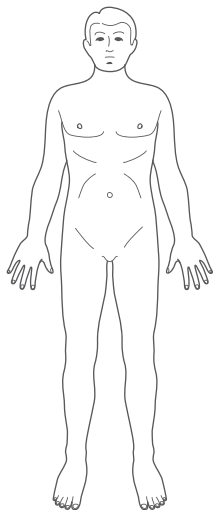
払い戻しを受けるには、領収書が必要です。

治療当日の領収書（病院、薬局）は、大切に保管しておきましょう。

症状の記録

(記入日 年 月 日)

1 記入例を参考にしながら、皮疹のあるところに斜線を記入してください。

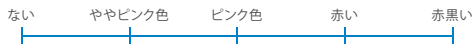


2 乾癬の症状である赤み、盛り上がり、鱗屑(白い皮膚の粉)の程度について、該当する箇所に印をつけてください(記入例を参照)。

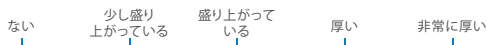


全体的にみた症状の程度について印をつけてください。

A 赤みはどのような色ですか?



B 盛り上がりはどの程度ですか?



C 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?

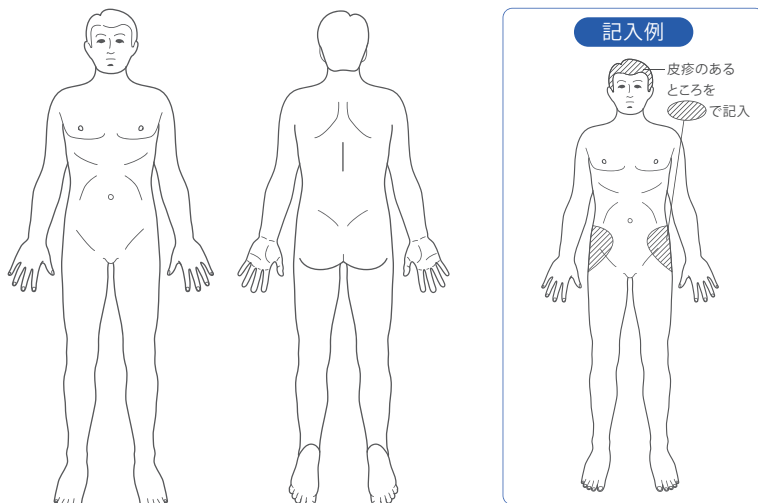


備考欄 乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、自由にご記入ください。

月に1度を目安に記入して、診察日に主治医に見せてください。

(記入日 年 月 日)

1 記入例を参考にしながら、皮疹のあるところに斜線を記入してください。

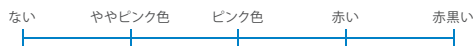


2 乾癬の症状である赤み、盛り上がり、鱗屑(白い皮膚の粉)の程度について、該当する箇所に印をつけてください(記入例を参照)。

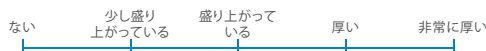


全体的にみた症状の程度について印をつけてください。

A 赤みはどのような色ですか?



B 盛り上がりはどの程度ですか?



C 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?

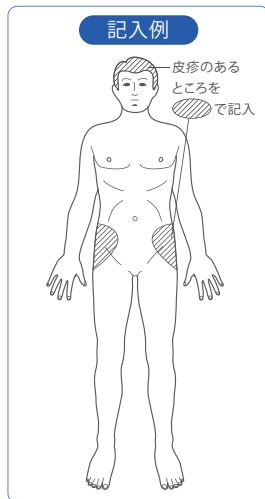
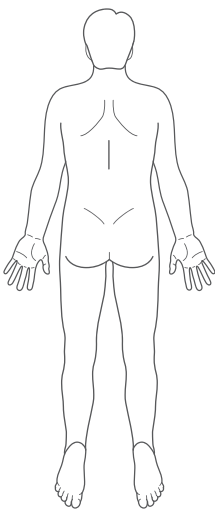
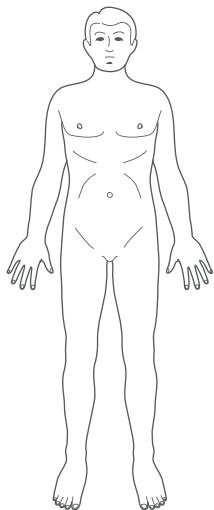


備考欄 乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、自由にご記入ください。

症状の記録

(記入日 年 月 日)

1 記入例を参考にしながら、皮疹のあるところに斜線を記入してください。

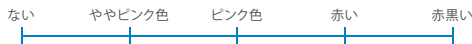


2 乾癬の症状である赤み、盛り上がり、鱗屑(白い皮膚の粉)の程度について、該当する箇所に印をつけてください(記入例を参照)。

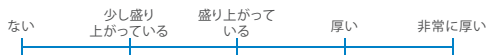


全体的にみた症状の程度について印をつけてください。

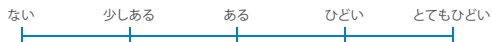
A 赤みはどのような色ですか?



B 盛り上がりはどの程度ですか?



C 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?

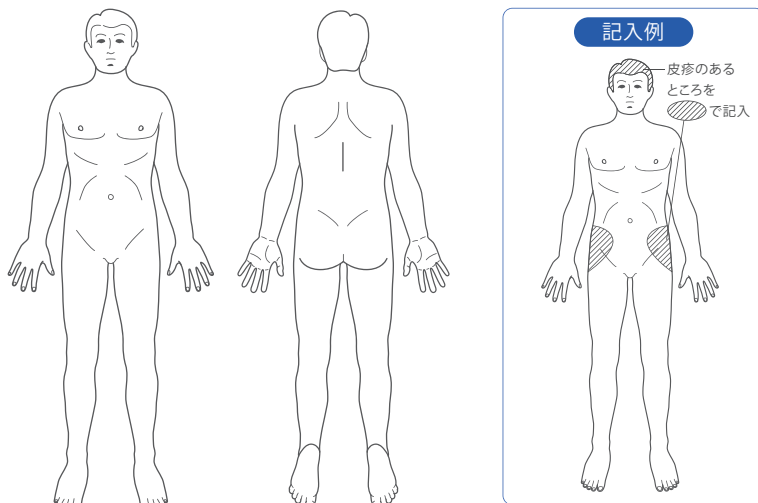


備考欄 乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、自由にご記入ください。

月に1度を目安に記入して、診察日に主治医に見せてください。

(記入日 年 月 日)

1 記入例を参考にしながら、皮疹のあるところに斜線を記入してください。



2 乾癬の症状である赤み、盛り上がり、鱗屑(白い皮膚の粉)の程度について、該当する箇所に印をつけてください(記入例を参照)。

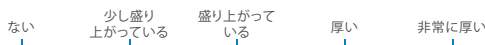


全体的にみた症状の程度について印をつけてください。

A 赤みはどのような色ですか?



B 盛り上がりはどの程度ですか?



C 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?

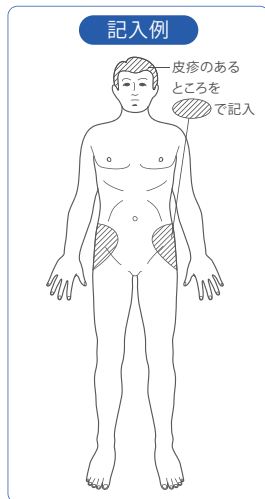
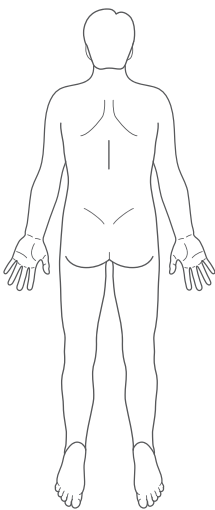
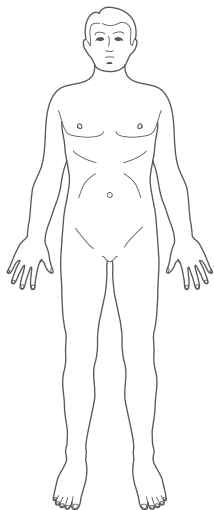


備考欄 乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、自由にご記入ください。

症状の記録

(記入日 年 月 日)

1 記入例を参考にしながら、皮疹のあるところに斜線を記入してください。



2 乾癬の症状である赤み、盛り上がり、鱗屑^{りんせつ} (白い皮膚の粉) の程度について、該当する箇所に印をつけてください (記入例を参照)。



全体的にみた症状の程度について印をつけてください。

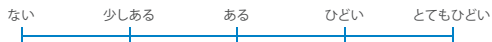
A 赤みはどのような色ですか?



B 盛り上がりはどの程度ですか?



C 鱗屑 (白い皮膚の粉) はどの程度ですか?

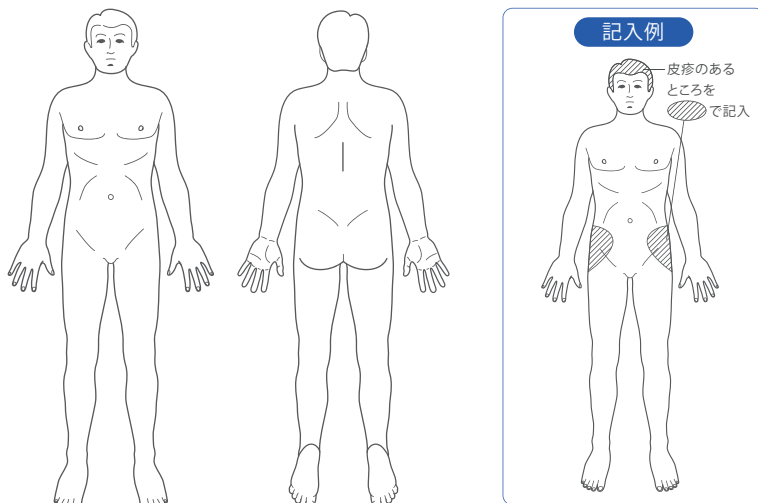


備考欄 乾癬の症状 (皮疹、関節痛など) について、自由にご記入ください。

月に1度を目安に記入して、診察日に主治医に見せてください。

(記入日 年 月 日)

1 記入例を参考にしながら、皮疹のあるところに斜線を記入してください。

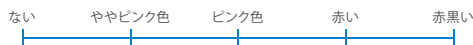


2 乾癬の症状である赤み、盛り上がり、鱗屑(白い皮膚の粉)の程度について、該当する箇所に印をつけてください(記入例を参照)。

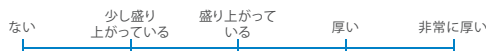


全体的にみた症状の程度について印をつけてください。

A 赤みはどのような色ですか?



B 盛り上がりはどの程度ですか?



C 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?

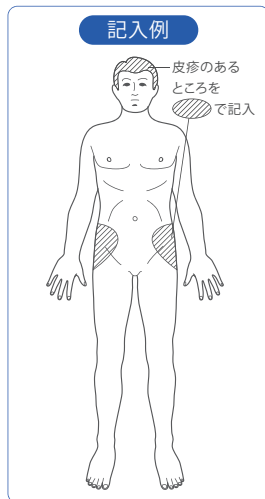
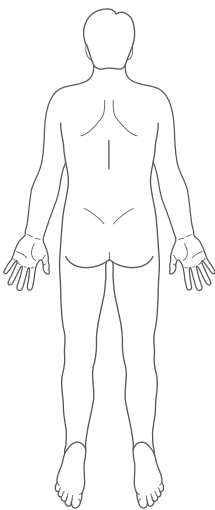
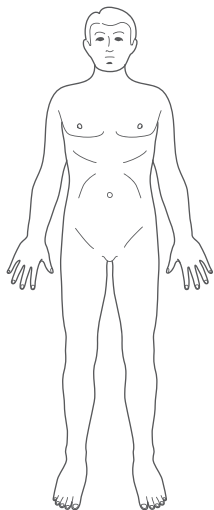


備考欄 乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、自由にご記入ください。

症状の記録

(記入日 年 月 日)

1 記入例を参考にしながら、皮疹のあるところに斜線を記入してください。



2 乾癬の症状である赤み、盛り上がり、鱗屑^{りんせつ} (白い皮膚の粉) の程度について、該当する箇所に印をつけてください (記入例を参照)。



全体的にみた症状の程度について印をつけてください。

A 赤みはどのような色ですか?



B 盛り上がりはどの程度ですか?



C 鱗屑 (白い皮膚の粉) はどの程度ですか?

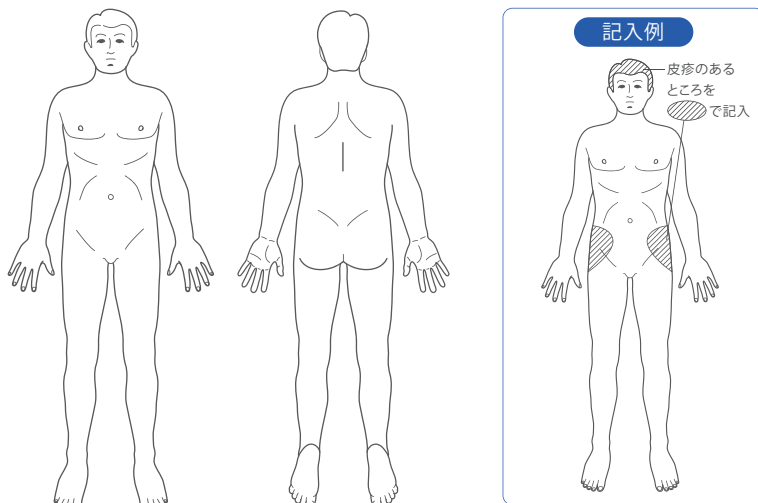


備考欄 乾癬の症状 (皮疹、関節痛など) について、自由にご記入ください。

月に1度を目安に記入して、診察日に主治医に見せてください。

(記入日 年 月 日)

1 記入例を参考にしながら、皮疹のあるところに斜線を記入してください。



2 乾癬の症状である赤み、盛り上がり、鱗屑(白い皮膚の粉)の程度について、該当する箇所に印をつけてください(記入例を参照)。

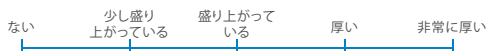


全体的にみた症状の程度について印をつけてください。

A 赤みはどのような色ですか?



B 盛り上がりはどの程度ですか?



C 鱗屑(白い皮膚の粉)はどの程度ですか?



備考欄 乾癬の症状(皮疹、関節痛など)について、自由にご記入ください。



REMICADE REMICADE REMICADE REMICADE REMICADE REMICADE

病・医院名



田辺三菱製薬