

患者さん向けウェブサイト

ターゼナを服用される患者さん向けのウェブサイトをご紹介します。

ウェブサイト：ターゼナ.jp

▶ターゼナを服用される患者さんに向けて、お薬の服用方法や主な副作用とその対策、副作用による負担をできるだけ軽くするための日常生活の工夫などの情報を掲載しています。



🔍 <https://www.talzenna-pc.jp/>



医療機関名

医師名 / 連絡先

かかりつけ薬局名

薬剤師名 / 連絡先



ターゼナを服用される方へ

服薬日誌



監修

植村 天受 先生 近畿大学医学部泌尿器科学教室 教授

永江 幸子 先生 近畿大学医学部泌尿器科学教室 看護師

はじめに

療養生活においては、お薬の副作用のことなど、さまざまな不安や疑問が生じることがあります。この冊子は、ターゼナによる治療を受ける患者さんが服用状況や日々の体調や何かしらの症状の有無、また療養上の希望や不安、疑問に思うことなどを記録していただくための手帳です。記録していただくことは、飲み忘れの防止や体調管理に役立つうえ、医療スタッフにとっても、より良い治療を進めるうえでの重要な情報となります。

受診の際にはぜひ携帯していただいて、担当医などの医療スタッフとご共有下さい。



服薬カレンダーの記入例

▶ 服薬カレンダーはP.6～P.21に掲載しています

	日付	5月 1日	5月 2日
	診察日／検査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査
チ ェ ッ ク 服 薬	ターゼナ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	エンザルタミド	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
体 調 チ ェ ッ ク	体温	36.5 ℃	37.0 ℃
	体重	65.3 kg	65.5 kg
	動悸、息切れ、胸の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	めまい、立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	咳や痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲労、倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	食欲減退	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手足の異常※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調の異変、 気になったことなど		5/1、5/2 あまりよくねむれなかった	

※手足の腫れや痛み、まひ、しびれ、発赤、熱感など

ターゼナの副作用

- ▶ ターゼナはがん細胞だけでなく、正常な細胞にも影響を及ぼして、何らかの副作用があらわれることがあります。
- ▶ 副作用には、ご自身で気づく症状(自覚症状)と、医療機関での検査や診察などからわかる症状(他覚症状)があります。
- ▶ ここに記載した副作用はターゼナによる副作用のすべてではありません。
- ▶ いつもと違った症状や体調の変化などを感じたときは、すぐに担当医や看護師、薬剤師に相談してください。

特に注意していただきたい副作用

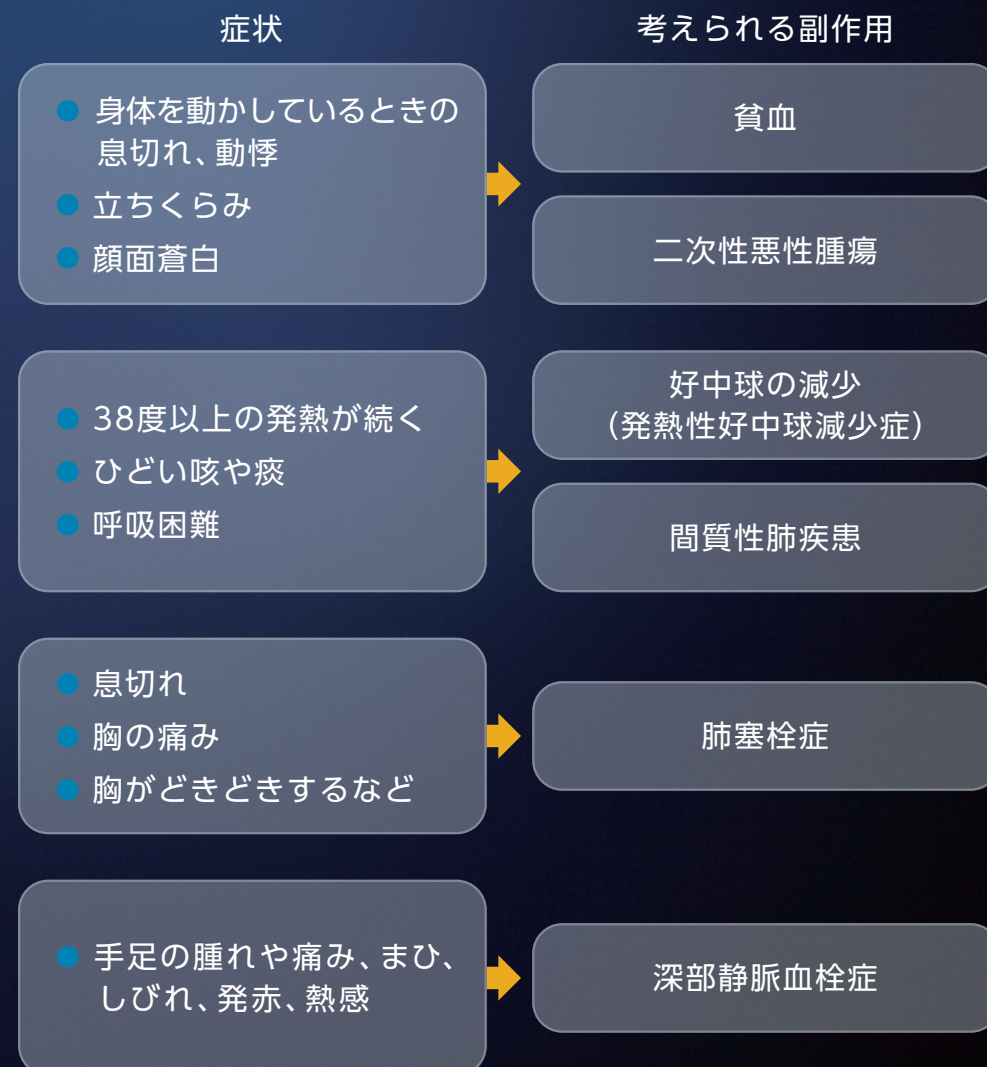
- **骨髄抑制**
貧血(赤血球の減少):めまい、動悸・息切れ、ふらつき、体がだるい、頭痛・耳鳴り など
感染症(好中球の減少):発熱、寒気、のどの痛み など
出血(血小板の減少):血が止まりにくい、手足に点状出血、青あざ、鼻血、歯ぐきの出血 など
- **間質性肺疾患**:息切れ、息苦しさ、咳、発熱 など
- **血栓塞栓症**
肺塞栓症:息切れ、胸部の痛み、胸がドキドキする など
深部静脈血栓症:手足の腫れ(痛みを伴う場合もある)、まひ、しびれ、発赤、熱感 など
- **二次性悪性腫瘍**
骨髄異形成症候群(MDS)、急性骨髄性白血病(AML):症状は「骨髄抑制」をご参照ください

その他の主な副作用

- 疲労／倦怠感、食欲減退／吐き気、脱毛

こんなときはすぐ連絡を！

次のような症状があるときは、すぐに担当医に連絡してください。
症状・重症度などに応じて治療や処置が検討されます。



服薬カレンダー

	日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	診察日／検査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査
チエック服薬	ターゼナ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エンザルタミド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調チエック	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	動悸、息切れ、胸の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	めまい、立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	咳や痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲労、倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手足の異常※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調の異変、 気になったことなど								

※手足の腫れや痛み、まひ、しびれ、発赤、熱感など

服薬カレンダー

	日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	診察日／検査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査
チエック服薬	ターゼナ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エンザルタミド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調チエック	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	動悸、息切れ、胸の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	めまい、立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	咳や痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲労、倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手足の異常※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調の異変、 気になったことなど								

※手足の腫れや痛み、まひ、しびれ、発赤、熱感など

服薬カレンダー

	日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	診察日／検査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査
チエック服薬	ターゼナ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エンザルタミド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調チエック	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	動悸、息切れ、胸の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	めまい、立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	咳や痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲労、倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手足の異常※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調の異変、 気になったことなど								

※手足の腫れや痛み、まひ、しびれ、発赤、熱感など

服薬カレンダー

	日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	診察日／検査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査
チエック 服薬	ターゼナ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エンザルタミド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調 チエック	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	動悸、息切れ、胸の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	めまい、立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	咳や痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲労、倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手足の異常※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調の異変、 気になったことなど								

※手足の腫れや痛み、まひ、しびれ、発赤、熱感など

服薬カレンダー

	日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	診察日／検査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査
チエック服薬	ターゼナ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エンザルタミド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調チエック	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	動悸、息切れ、胸の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	めまい、立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	咳や痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲労、倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手足の異常※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調の異変、 気になったことなど								

※手足の腫れや痛み、まひ、しびれ、発赤、熱感など

服薬カレンダー

	日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	診察日／検査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査
チエック 服薬	ターゼナ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エンザルタミド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調 チエック	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	動悸、息切れ、胸の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	めまい、立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	咳や痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲労、倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手足の異常※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調の異変、 気になったことなど								

※手足の腫れや痛み、まひ、しびれ、発赤、熱感など

服薬カレンダー

	日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	診察日／検査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査
チエック服薬	ターゼナ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エンザルタミド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調チエック	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	動悸、息切れ、胸の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	めまい、立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	咳や痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲労、倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手足の異常※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調の異変、 気になったことなど								

※手足の腫れや痛み、まひ、しびれ、発赤、熱感など

服薬カレンダー

	日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	診察日／検査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査	診 察 ・ 検 査
チエック服薬	ターゼナ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エンザルタミド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調チエック	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	動悸、息切れ、胸の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	めまい、立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	咳や痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲労、倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手足の異常※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調の異変、 気になったことなど								

※手足の腫れや痛み、まひ、しびれ、発赤、熱感など

療養生活をサポートする制度

がん相談支援センター

がん相談支援センターは、全国のがん診療連携拠点病院や地域がん診療病院などに設置されている、がんに関する相談窓口です。ここでは、がんについて詳しい看護師や、生活全般の相談ができるソーシャルワーカーなどが、相談員として対応しています。地域の方々はどうなても無料・匿名で利用でき、治療や療養生活全般、地域の医療機関などについて相談できます。ただし、治療について判断するところではありませんのでご注意ください。

▶ がん情報サービス：「がん相談支援センター」とは

<https://ganjoho.jp/public/institution/consultation/cisc/cisc.html>
(2024年9月2日参照)



全国のがん診療連携拠点病院・地域がん診療病院の連絡先は、次のサイトで確認できます。

▶ がん情報サービス：がん診療連携拠点病院などを探す

<https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/kyotensearch>
(2024年9月2日参照)

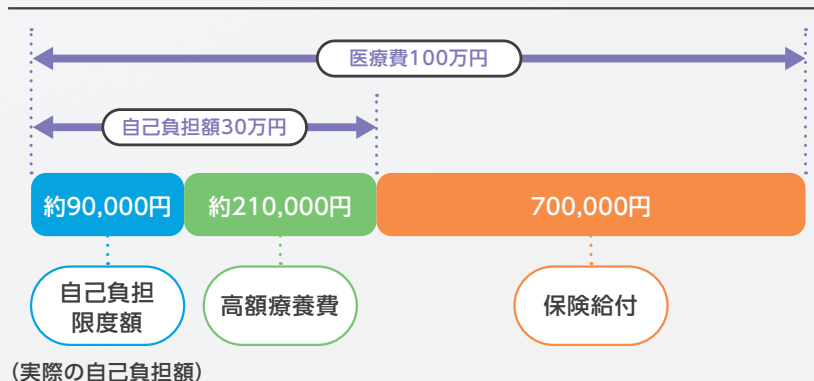


高額療養費制度とは

- ▶ 医療機関、保険薬局にかかった際に、薬剤料、再診料、血液検査にかかわる費用などをすべて合計した費用を「医療費」として支払うこととなりますが、公的医療保険に加入していることで、患者さんの負担はその3割程度※になります。しかし、抗がん剤等による治療では毎月の医療費が高額になることもあるため、3割負担でも高額な費用を負担することになります。この負担を軽くするしくみが、高額療養費制度です。
- ▶ この制度では、患者さんが負担する医療費に上限（自己負担限度額）が設けてあり、自己負担限度額を超えた金額（高額療養費）は免除もしくは払い戻されます。

※：年齢や所得により自己負担の割合は異なります。

例) 医療費が100万で自己負担が3割の場合の高額療養費



※医療保険制度は改訂される場合がありますので、最新の状況をご確認ください

厚生労働省保険局：高額療養費制度を利用される皆さまへ(平成30年8月診療分から)
<https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf> (2024年9月2日参照)

療養生活をサポートする制度

自己負担限度額の計算方法

- ▶ 自己負担限度額は同じ月(1日から末日まで)ごとに計算しますが、70歳未満か以上か、また、所得・総医療費がいくらによって、計算方法が異なります。
- ▶ くわしくは加入されている公的医療保険の窓口にお問い合わせください。

注) 同じ医療機関でも歯科とそれ以外、また、入院と外来では別計算になります。
また、異なる医療機関で診療を受けた場合も別計算になります。

① 70歳未満の方の場合

70歳未満の自己負担限度額は、所得に応じて表1の計算式により算出されます。

表1：1ヵ月の自己負担限度額(70歳未満)

区 分		外来・入院
区分ア	年収約1,160万円～ 健保：標準報酬月額83万円以上 国保：年間所得*901万円超	252,600円 総医療費が842,000円を超えたときは、超えた額の1%を加算 (次式にて算出：252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%)
区分イ	年収約770～約1,160万円 健保：標準報酬月額53万円～79万円 国保：年間所得600万～901万円	167,400円 総医療費が558,000円を超えたときは、超えた額の1%を加算 (次式にて算出：167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%)
区分ウ	年収約370～約770万円 健保：標準報酬月額28万～50万円 国保：年間所得210万～600万円	80,100円 総医療費が267,000円を超えたときは、超えた額の1%を加算 (次式にて算出：80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%)
区分エ	～年収約370万円 健保：標準報酬月額26万円以下 国保：年間所得210万円以下	57,600円
区分オ	住民税非課税	35,400円

※：年間所得とは、前年の総所得金額、山林所得金額および株式・長期(短期)譲渡所得金額等の合計額から基礎控除^{注)}を控除した額(雑損失の繰越控除額は控除しない)を指します(いわゆる「旧ただし書き所得」)。

注) 基礎控除は、2020年度までの一律33万円から、2021年度より43万円(所得金額2,400万円以下)、29万円(所得金額2,400万円超)、15万円(所得金額2,450万円超)、0円(所得金額2,500万円超)と変更されました。

厚生労働省保険局：高額療養費制度を利用される皆さまへ(平成30年8月診療分から)
<https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf> (2024年9月2日参照)

② 70歳以上の方の場合

70歳以上の自己負担限度額は、表2のように、所得のほかに外来か入院かによっても異なります。

表2：1ヵ月の自己負担限度額(70歳以上)

区 分		外来(個人ごと)	外来+入院(世帯ごと)
現役並み 所得者	年収約1,160万円～ 健保：標準報酬月額83万円以上 国保・後期高齢者医療保険： 課税所得690万円以上	252,600円 総医療費が842,000円を超えたときは、超えた額の1%を加算 (次式にて算出：252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%)	
	年収約770～約1,160万円 健保：標準報酬月額53万円以上 国保・後期高齢者医療保険： 課税所得380万円以上	167,400円 総医療費が558,000円を超えたときは、超えた額の1%を加算 (次式にて算出：167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%)	
	年収約370～約770万円 健保：標準報酬月額28万円以上 国保・後期高齢者医療保険： 課税所得145万円以上	80,100円 総医療費が267,000円を超えたときは、超えた額の1%を加算 (次式にて算出：80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%)	
一般	年収156～約370万円 健保：標準報酬月額26万円以下 国保・後期高齢者医療保険： 課税所得145万円以上	18,000円*	57,600円
低所得者Ⅱ	世帯主および 世帯全員が住民税非課税		24,600円
低所得者Ⅰ	世帯主および 世帯全員が住民税非課税で、 年金収入が80万円以下	8,000円	15,000円

※：ただし、1年間の自己負担限度額が144,000円と決められています。

厚生労働省保険局：高額療養費制度を利用される皆さまへ(平成30年8月診療分から)
<https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf> (2024年9月2日参照)

参考：主な公的医療保険

主な公的医療保険の種類および保険者は表のとおりです。

公的医療保険の種類	保険者
全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ) 船員保険	全国健康保険協会
組合管掌健康保険	健康保険組合
国民健康保険	市区町村
共済組合	共済組合
後期高齢者医療制度	後期高齢者医療広域連合

これからに向けて

▶ 今後したいこと、目指したいことなどをご記入ください

(例：趣味を続けたい、旅行に行きたいなど)

☐ 患者さん ☐ ご家族

▶ 医療従事者からのアドバイス

☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 薬剤師 ☐ その他の医療従事者

▶ 疑問や質問があればご記入ください

相談

回答

☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 薬剤師 ☐ その他の医療従事者

▶ ご不安なことがあればご記入ください

相談

回答

☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 薬剤師 ☐ その他の医療従事者

治療メモ

この治療メモは、次回の受診時に質問したいことや相談したいことを、患者さんやご家族の方にご記入いただくためのものです。日々の療養生活で気づいたことを、メモとして気軽に書いていただいて、医療従事者とのコミュニケーションにご使用いただけたら幸いです。

▶ 記入例

3 月 1 日 ~ 3 月 8 日

質問したいこと、相談したいこと

医療従事者からのアドバイス

食欲がわからないときは
どうすればよいでしょうか

質問・相談した後について

月 日 ~ 月 日

質問したいこと、相談したいこと

医療従事者からのアドバイス

質問・相談した後について

治療メモ

□ 月 □ 日 ~ □ 月 □ 日

質問したいこと、相談したいこと

医療従事者からのアドバイス

質問・相談した後について

□ 月 □ 日 ~ □ 月 □ 日

質問したいこと、相談したいこと

医療従事者からのアドバイス

質問・相談した後について

□ 月 □ 日 ~ □ 月 □ 日

質問したいこと、相談したいこと

医療従事者からのアドバイス

質問・相談した後について

□ 月 □ 日 ~ □ 月 □ 日

質問したいこと、相談したいこと

医療従事者からのアドバイス

質問・相談した後について