

治療施設 連絡先

医療機関名

担当医師名

薬局名

電話番号

連携施設 連絡先

医療機関名

担当医師名

薬局名

電話番号

エプクルーサ[®]配合錠を
服用される患者さまへ

わたしの服薬日誌

— 24週間編 —

お名前

ギリアドサイエンシズ株式会社

〒100-6616 東京都千代田区丸の内1-9-2
グラントウキョウサウスタワー 16階
<http://www.gilead.co.jp/>

EPC18SW0023PA
2018年12月作成

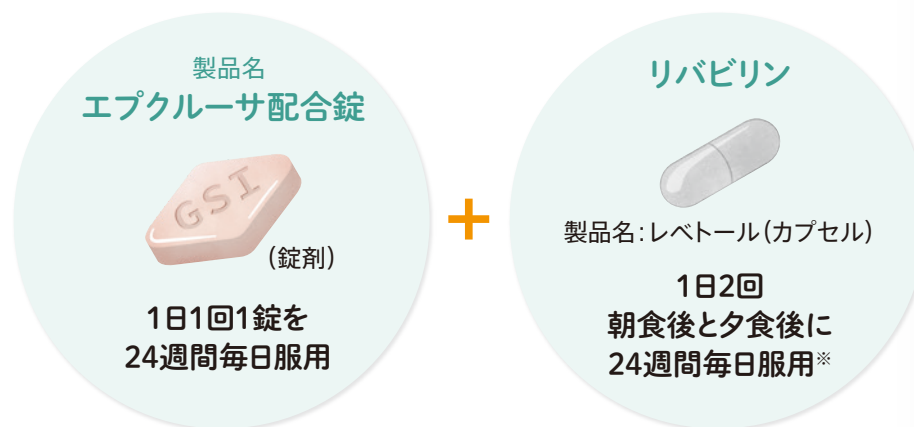
もくじ

- エプクルーサ配合錠を服用される患者さまへ…………… 3
- 治療前の状態…………… 4
- わたしの治療…………… 5
- お薬を服用する24週間の記録…………… 6
- 24週間お薬を服用した後に受ける定期検査の記録…………… 20
- 治療が完了した後に受ける定期検査の記録…………… 22
- B型肝炎に対するご注意…………… 24
- アミオダロン(不整脈のお薬)を服用している
患者さまへのご注意…………… 25
- 治療中の妊娠・避妊・授乳について…………… 26
- エプクルーサ配合錠・リバビリン(レベトール)を
服用しているときに注意する副作用…………… 28
- 日常生活で注意すること…………… 29

エプクルーサ配合錠を 服用される患者さまへ

エプクルーサ配合錠による治療とは

エプクルーサ配合錠は、C型肝炎ウイルスを排除することを目的とした飲み薬です。抗ウイルス薬(飲み薬)による治療を受けたことがあるC型慢性肝炎またはC型肝炎硬変の患者さまでは、リバビリン(レベトール)という飲み薬と一緒に24週間服用します。



※リバビリン(レベトール)を何錠服用するかは、患者さまの体重などで変わります。ご担当の先生の指示に従ってください。

8ページ以降に、治療記録を記入する用紙を用意しました。
治療ゴールに向けて一歩ずつ進みましょう。

治療前の状態

検査日 年 月 日

● ご担当の先生とよくご相談の上、ご記入ください。

※B型肝炎ウイルスに感染している、または過去に感染したことのある場合は服用にあたり注意が必要です。

体重	kg	身長	cm
血圧	/ mmHg	心拍数	回/分
現在の肝臓の状態	<input type="checkbox"/> F0 <input type="checkbox"/> F1 (軽度) <input type="checkbox"/> F2 (中程度) <input type="checkbox"/> F3 (高度) <input type="checkbox"/> F4 (肝硬変)		
C型肝炎ウイルスのタイプ	<input type="checkbox"/> ジェノタイプ 型		
C型肝炎ウイルスの量	log ₁₀ IU/mL		
HBs 抗原	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明		
HBc 抗体	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明		
AST (GOT)	U/L	ALT (GPT)	U/L
AFP	ng/mL	γ-GTP	U/L
血小板	×10 ⁴ /μL	白血球	/μL
好中球	/μL	ヘモグロビン	g/dL
授乳	<input type="checkbox"/> していない		
妊娠	<input type="checkbox"/> していない	避妊	<input type="checkbox"/> している
一緒に飲んではいけないお薬	<input type="checkbox"/> リファンピシン <input type="checkbox"/> カルバマゼピン <input type="checkbox"/> フェニトイン <input type="checkbox"/> フェノバルビタール <input type="checkbox"/> セイヨウオトギリソウ含有食品		
一緒に飲むとき注意するお薬	<input type="checkbox"/> 制酸剤、PPI、H ₂ ブロッカーなど <input type="checkbox"/> アミオダロン <input type="checkbox"/> ジゴキシチン <input type="checkbox"/> リファブチン <input type="checkbox"/> エファビレンツ <input type="checkbox"/> テノホビル ジソプロキシシルフマル酸塩含有製剤 <input type="checkbox"/> ロスバスタチン <input type="checkbox"/> アトルバスタチン <input type="checkbox"/> ダビガトラン		

担当の先生へ：リバビリン(レベトール)の併用注意については、レベトールの添付文書をご参照ください。

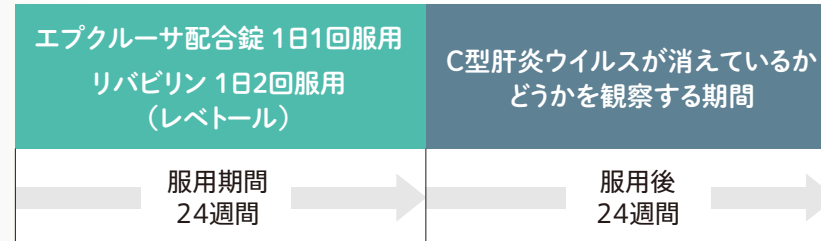
わたしの治療

記入日 年 月 日

エプクルーサ配合錠	1日1錠		
リバビリン(レベトール)	1日	朝食後()錠/カプセル 夕食後()錠/カプセル	
治療開始日	年	月	日から
治療終了日(予定)24週間	年	月	日まで

◆ 飲み忘れてしまったときは、決して2回分を一度に飲まず、気づいたときに1回分を飲んでください。ただし、次の飲む時間が近い場合は、1回とばして、次の時間に1回分飲んでください。

● 治療はお薬を24週間服用し、その後C型肝炎ウイルスが消えているかどうかを、さらに24週間観察します。詳しくはご担当の先生にご相談ください。



● リバビリン(レベトール)を飲む量は体重によって異なります。

体重	1日投与量	朝食後 / 夕食後
60kg以下	600mg	200mg / 400mg
60kgを超え80kg以下	800mg	400mg / 400mg
80kgを超える	1,000mg	400mg / 600mg

お薬を服用する24週間の記録 次頁以降の記入例

- お薬は毎日飲むことで、血液中のお薬の濃度が一定に保たれ、効果が最大限に発揮
- 検査された項目にチェック☑を入れ、数値を記入してください。検査のなかった週は、

されます。飲み忘れることがないように、記録をつけながら服用を続けていきましょう。服用確認のみを記入してください。

		1週目			2週目			3週目			4週目			自由記入欄
通院日		5月 16日(水)			5月 23日(水)			月 日()			6月 6日(水)			
体重(kg)		52			51.8						52.1			
血圧(mmHg)	心拍数(回/分)	119/92	68		120/90	66				118/89	69			
C型肝炎ウイルス量(log ₁₀ IU/mL)		5.9			1.4						検出せず			
AST(GOT) (U/L)		☑	44		☑	25		□		☑	24			
ALT(GPT) (U/L)		☑	42		☑	20		□		☑	19			
ヘモグロビン(g/dL)		☑	13.8		☑	12.6		□		☑	12.0			
白血球(/μL)		☑	4400		☑	4800		□		☑	4100			
好中球(/μL)		☑	2500		☑	2800		□		☑	2500			
血小板(×10 ⁴ /μL)		☑	14.7		☑	15.8		□		☑	16.2			
アルブミン(g/dL)		☑	4.2		☑	4.2		□		☑	4.1			
総ビリルビン(mg/dL)		☑	0.7		☑	0.9		□		☑	0.8			
AFP(ng/mL)		☑	8.3		☑	8.1		□		☑	7.9			
HBV DNA量 (log copy/mL) / HBs抗原 (IU/mL)		□			□			□		☑	2.1未満/陰性			
その他()														
お薬の服用確認	お薬の種類	エブクルーサ配合錠	リバビリン*		エブクルーサ配合錠	リバビリン*		エブクルーサ配合錠	リバビリン*		エブクルーサ配合錠	リバビリン*		
	お薬の服用時間	夕	朝	夕	夕	朝	夕	夕	朝	夕	夕	朝	夕	
	曜日 お薬を飲みはじめた 曜日から順に、 上から書き込んでください。	水			2			2			2			2
		木			2			2			2			2
		金			2			2			2			2
		土			2			2			2			2
		日			2			2			2			2
		月			2			2			2			2
火				2			2			2			2	

※エブクルーサ配合錠は、1日の中でいつ服用してもよいお薬ですが、飲み忘れを防ぐ観点から、朝食後もしくは夕食後のいずれかに決めて、リバビリン*の服用時にあわせて服用されることをお勧めします。
*リバビリン:レベトール

妊娠検査			メモ(気づいたことがあれば 書いてください)
検査日	月 日	避妊	
+ (陽性) · - (陰性)			有 · 無

お薬を服用する24週間の記録

- お薬は毎日飲むことで、血液中のお薬の濃度が一定に保たれ、効果が最大限に発揮されます。飲み忘れることがないように、記録をつけながら服用を続けていきましょう。
- 検査された項目にチェック☑を入れ、数値を記入してください。検査のなかった週は、服用確認のみを記入してください。

		1週目		2週目		3週目		4週目		自由記入欄	
通院日		月 日()		月 日()		月 日()		月 日()			
体重 (kg)											
血圧 (mmHg)	心拍数 (回/分)										
C型肝炎ウイルス量 (log ₁₀ IU/mL)											
AST (GOT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
ALT (GPT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
ヘモグロビン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
白血球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
好中球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
血小板 (×10 ⁴ /μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
アルブミン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
総ビリルビン (mg/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
AFP (ng/mL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
HBV DNA量 (□log copy/mL / □IU/mL) / HBs抗原		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
その他()											
お薬の服用確認	お薬の種類	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*		
	お薬の服用時間		朝 夕		朝 夕		朝 夕		朝 夕		
	曜日 お薬を飲みはじめた 曜日から順に、 上から書き込んでください。										

妊娠検査		メモ(気づいたことがあれば 書いてください)
検査日 月 日 + (陽性) · - (陰性)	避妊 有 · 無	

※エブクルーサ配合錠は、1日の中でいつ服用してもよいお薬ですが、飲み忘れを防ぐ観点から、朝食後もしくは夕食後のいずれかに決めて、リバビリン*の服用時にあわせて服用されることをお勧めします。

*リバビリン:レベトール

お薬を服用する24週間の記録

- お薬は毎日飲むことで、血液中のお薬の濃度が一定に保たれ、効果が最大限に発揮されます。飲み忘れることがないように、記録をつけながら服用を続けていきましょう。
- 検査された項目にチェック☑を入れ、数値を記入してください。検査のなかった週は、服用確認のみを記入してください。

		5週目		6週目		7週目		8週目		自由記入欄	
通院日		月 日()		月 日()		月 日()		月 日()			
体重 (kg)											
血圧 (mmHg)	心拍数 (回/分)										
C型肝炎ウイルス量 (log ₁₀ IU/mL)											
AST (GOT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
ALT (GPT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
ヘモグロビン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
白血球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
好中球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
血小板 (×10 ⁴ /μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
アルブミン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
総ビリルビン (mg/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
AFP (ng/mL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
HBV DNA量 (□log copy/mL / □IU/mL) / HBs抗原		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
その他()											
お薬の服用確認	お薬の種類	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*		
	お薬の服用時間		朝 夕		朝 夕		朝 夕		朝 夕		
	曜日 お薬を飲みはじめた 曜日から順に、 上から書き込んでください。										

妊娠検査		メモ(気づいたことがあれば 書いてください)
検査日 月 日 + (陽性) · - (陰性)	避妊 有 · 無	

※エブクルーサ配合錠は、1日の中でいつ服用してもよいお薬ですが、飲み忘れを防ぐ観点から、朝食後もしくは夕食後のいずれかに決めて、リバビリン*の服用時にあわせて服用されることをお勧めします。

*リバビリン:レベトール

お薬を服用する24週間の記録

- お薬は毎日飲むことで、血液中のお薬の濃度が一定に保たれ、効果が最大限に発揮されます。飲み忘れることがないように、記録をつけながら服用を続けていきましょう。
- 検査された項目にチェック☑を入れ、数値を記入してください。検査のなかった週は、服用確認のみを記入してください。

		9週目		10週目		11週目		12週目		自由記入欄
通院日		月 日()		月 日()		月 日()		月 日()		
体重 (kg)										
血圧 (mmHg)	心拍数 (回/分)									
C型肝炎ウイルス量 (log ₁₀ IU/mL)										
AST (GOT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ALT (GPT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ヘモグロビン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
白血球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
好中球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
血小板 (×10 ⁴ /μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
アルブミン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
総ビリルビン (mg/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
AFP (ng/mL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
HBV DNA量 (□log copy/mL / □IU/mL) / HBs抗原		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
その他 ()										
お薬の服用確認	お薬の種類	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	
	お薬の服用時間		朝 夕		朝 夕		朝 夕		朝 夕	
	曜日 お薬を飲みはじめた 曜日から順に、 上から書き込んでください。									

妊娠検査		メモ(気づいたことがあれば 書いてください)
検査日 月 日 + (陽性) · - (陰性)	避妊 有 · 無	

※エブクルーサ配合錠は、1日の中でいつ服用してもよいお薬ですが、飲み忘れを防ぐ観点から、朝食後もしくは夕食後のいずれかに決めて、リバビリン*の服用時にあわせて服用されることをお勧めします。

*リバビリン:レベトール

お薬を服用する24週間の記録

- お薬は毎日飲むことで、血液中のお薬の濃度が一定に保たれ、効果が最大限に発揮されます。飲み忘れることがないように、記録をつけながら服用を続けていきましょう。
- 検査された項目にチェック☑を入れ、数値を記入してください。検査のなかった週は、服用確認のみを記入してください。

		13週目		14週目		15週目		16週目		自由記入欄
通院日		月 日()		月 日()		月 日()		月 日()		
体重 (kg)										
血圧 (mmHg)	心拍数 (回/分)									
C型肝炎ウイルス量 (log ₁₀ IU/mL)										
AST (GOT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ALT (GPT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ヘモグロビン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
白血球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
好中球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
血小板 (×10 ⁴ /μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
アルブミン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
総ビリルビン (mg/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
AFP (ng/mL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
HBV DNA量 (□log copy/mL / □IU/mL) / HBs抗原		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
その他 ()										
お薬の服用確認	お薬の種類	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	
	お薬の服用時間		朝 夕		朝 夕		朝 夕		朝 夕	
	曜日 お薬を飲みはじめた 曜日から順に、 上から書き込んでください。									

妊娠検査		メモ(気づいたことがあれば 書いてください)
検査日 月 日 + (陽性) · - (陰性)	避妊 有 · 無	

※エブクルーサ配合錠は、1日の中でいつ服用してもよいお薬ですが、飲み忘れを防ぐ観点から、朝食後もしくは夕食後のいずれかに決めて、リバビリン*の服用時にあわせて服用されることをお勧めします。

*リバビリン:レベトール

お薬を服用する24週間の記録

- お薬は毎日飲むことで、血液中のお薬の濃度が一定に保たれ、効果が最大限に発揮されます。飲み忘れることがないように、記録をつけながら服用を続けていきましょう。
- 検査された項目にチェック☑を入れ、数値を記入してください。検査のなかった週は、服用確認のみを記入してください。

		17週目		18週目		19週目		20週目		自由記入欄
通院日		月 日()		月 日()		月 日()		月 日()		
体重 (kg)										
血圧 (mmHg)	心拍数 (回/分)									
C型肝炎ウイルス量 (log ₁₀ IU/mL)										
AST (GOT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ALT (GPT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ヘモグロビン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
白血球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
好中球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
血小板 (×10 ⁴ /μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
アルブミン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
総ビリルビン (mg/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
AFP (ng/mL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
HBV DNA量 (□log copy/mL / □IU/mL) / HBs抗原		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
その他 ()										
お薬の服用確認	お薬の種類	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	
	お薬の服用時間		朝 夕		朝 夕		朝 夕		朝 夕	
	曜日 お薬を飲みはじめた 曜日から順に、 上から書き込んでください。									

妊娠検査		メモ(気づいたことがあれば 書いてください)
検査日 月 日 + (陽性) ・ - (陰性)	避妊 有 ・ 無	

※エブクルーサ配合錠は、1日の中でいつ服用してもよいお薬ですが、飲み忘れを防ぐ観点から、朝食後もしくは夕食後のいずれかに決めて、リバビリン*の服用時にあわせて服用されることをお勧めします。

*リバビリン:レベトール

お薬を服用する24週間の記録

- お薬は毎日飲むことで、血液中のお薬の濃度が一定に保たれ、効果が最大限に発揮されます。飲み忘れることがないように、記録をつけながら服用を続けていきましょう。
- 検査された項目にチェック☑を入れ、数値を記入してください。検査のなかった週は、服用確認のみを記入してください。

		21週目		22週目		23週目		24週目		自由記入欄
通院日		月 日()		月 日()		月 日()		月 日()		
体重 (kg)										
血圧 (mmHg)	心拍数 (回/分)									
C型肝炎ウイルス量 (log ₁₀ IU/mL)										
AST (GOT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ALT (GPT) (U/L)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ヘモグロビン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
白血球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
好中球 (/μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
血小板 (×10 ⁴ /μL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
アルブミン (g/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
総ビリルビン (mg/dL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
AFP (ng/mL)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
HBV DNA量 (□log copy/mL / □IU/mL) / HBs抗原		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
その他 ()										
お薬の服用確認	お薬の種類	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	エブクルーサ配合錠	リバビリン*	
	お薬の服用時間		朝 夕		朝 夕		朝 夕		朝 夕	
	曜日 お薬を飲みはじめた 曜日から順に、 上から書き込んでください。									

妊娠検査		メモ(気づいたことがあれば 書いてください)
検査日 月 日 + (陽性) · - (陰性)	避妊 有 · 無	

※エブクルーサ配合錠は、1日の中でいつ服用してもよいお薬ですが、飲み忘れを防ぐ観点から、朝食後もしくは夕食後のいずれかに決めて、リバビリン*の服用時にあわせて服用されることをお勧めします。

*リバビリン:レベトール

24週間お薬を服用した後に受ける定期検査の記録 記入例と記入欄

● 24週間のお薬服用期間終了後も、4週間ごとに検査を受けて、その結果を記録し しましょう。

24週間の服用終了後	〈記入例〉	4週	8週	12週	16週	20週	24週
通院日	11月 7日(水)	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()
C型肝炎ウイルス量 (log ₁₀ IU/mL)	—						
ALT(GPT) (U/L)	22						
その他の検査							
妊娠検査*	検査日 11月 5日 + (陽性)・⊖ (陰性)	検査日 月 日 + (陽性)・— (陰性)	検査日 月 日 + (陽性)・— (陰性)	検査日 月 日 + (陽性)・— (陰性)	検査日 月 日 + (陽性)・— (陰性)	検査日 月 日 + (陽性)・— (陰性)	検査日 月 日 + (陽性)・— (陰性)
避妊*	①・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
メモ (気づいたことがあれば 書いてください)	体のダルさは 以前より 楽になった。						

* 妊娠の可能性のある方やパートナーが妊娠する可能性がある方は、服薬終了後も6ヵ月間は避妊 してください。
また、妊娠していないことを確認するために妊娠検査を毎月行うようにしてください。
詳しくは26ページ「治療中の妊娠・避妊・授乳について」をご確認ください。

🌿 治療が完了した後に受ける定期検査の記録 記入欄

- C型肝炎ウイルスが排除された状態になっても、肝がんが発生するリスクが完全に なくなっただけではありません。年齢、性別、肝臓の状態、他の病気の有無などによって、治療終了後に肝がんが発生するリスクは異なります。治療終了後も5～10年間は、定期的に検査を受けてください。

通院日		月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()
C型肝炎ウイルス量 (log ₁₀ IU/mL)							
ALT(GPT) (U/L)							
その他の検査							
メモ (気づいたことがあれば 書いてください)							

B型肝炎に対するご注意

B型肝炎ウイルスに感染している、または過去に感染したことのある患者さまにC型慢性肝炎の治療を行うことで、B型肝炎ウイルスによる肝炎の悪化がみとめられたという報告があります。

B型肝炎ウイルスに感染している、または過去に感染したことがある方は、エプクルーサ配合錠とリバビリン(レベトール)を服用する前に、必ずご担当の先生にご相談ください。

また、服用中はB型肝炎ウイルスについても定期的に血液検査で調べます。

検査した際には、日誌に記録しましょう。

● 服用中の日誌

▼ お薬を服用する24週間の記録

● 前日は毎日飲むことで、お薬中のお薬の濃度が一定に保たれ、効果が最大限に発揮されます。飲み忘れることがないように、記録をつけながら服用を続けていきましょう。

● 検査された項目にチェック印を入れ、数値を記入してください。検査のなかった項目は、服用欄のみを記入してください。

項目	1週目		2週目		3週目		4週目		自由記入欄
	月	日()	月	日()	月	日()	月	日()	
体重 (kg)									
血圧 (mmHg) ※静脈血中 の収縮圧(収縮圧/拡張圧)									
AST (GOT) (U/L)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ALT (GPT) (U/L)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ヘモグロビン (g/dL)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
白血球 (x10 ³ /μL)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
好中球 (x10 ³ /μL)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
血小板 (x10 ³ /μL)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
アルブミン (g/dL)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ビリルビン (mg/dL)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
AFP (ng/mL)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
HBe抗原 (x10 ³ IU/mL)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
その他 ()									
お薬の種類	エプクルーサ配合錠	ワレトール	エプクルーサ配合錠	ワレトール	エプクルーサ配合錠	ワレトール	エプクルーサ配合錠	ワレトール	
お薬の服用時間	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	
検査項目の単位									
医師検査									
検査日	月	日	月	日	月	日	月	日	
+	陽性	-	陰性	有	-	無			

B型肝炎ウイルスの量を記入しましょう。

アミオダロン(不整脈のお薬)を服用している患者さまへのご注意

アミオダロンを服用中の患者さまにおいては次のことが必要になります。

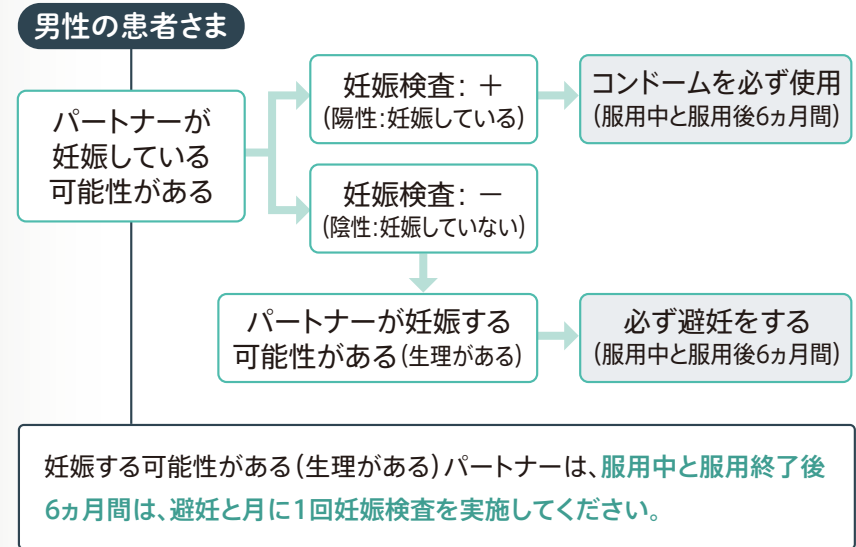
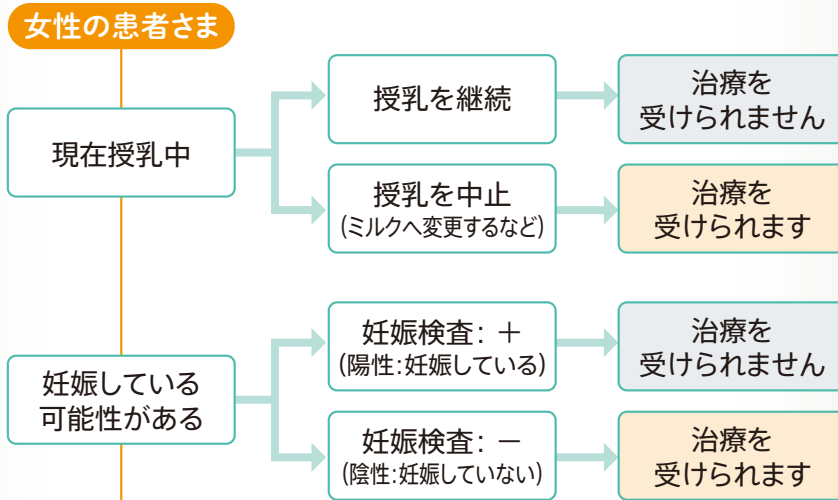
- ①エプクルーサ配合錠を服用する少なくとも最初の3日間
は入院し、心電図をとりながら様子をみます。
- ②退院後少なくとも2週間は、患者さままたはご家族に
より心拍数を毎日測定してください。
少しでもいつもと違う症状があれば、必ずご担当の
先生にご相談ください。
- ③エプクルーサ配合錠を服用する際にアミオダロンの
服用を止めた場合であっても、①②は同様に行って
ください。



治療中の妊娠・避妊・授乳について

女性の患者さまは授乳をやめられない場合や妊娠している場合には、エプクル
また、治療を受けられる女性の患者さま、およびパートナーが妊娠する可能性
服薬開始から終了後一定期間までは避妊や定期的な妊娠検査を実施する必要

一サ配合錠とリバビリン(レベトール)による治療が受けられません。
がある男性の患者さまは妊娠を避けてください。
があります。



治療を受ける場合、妊娠する可能性がある(生理がある)方は、**服用中と服用終了後6ヵ月間は、避妊と月に1回妊娠検査を実施してください。**



上記期間中に、避妊をしなかった場合や妊娠検査で陽性が出た場合は、すぐにご担当の先生へ連絡をしてください。

* 妊娠検査薬を使用する際は、正確な結果が得られるように、添付されている使用上の注意をよく読んで、正しく使用してください。また、一度の検査で陰性であっても、生理予定日に生理が始まらない(妊娠の可能性が否定できない)場合は、再度検査を行うか、ご担当の先生へご相談ください。

日誌の中で、避妊状況や妊娠検査の結果を記録しましょう。

● 服用中の日誌

● 服用終了後の日誌

エプクルーサ配合錠・ リバビリン(レベトール)を 服用しているときに注意する副作用

国内で行われたエプクルーサ配合錠とリバビリンを服用した臨床試験において認められた主な副作用は貧血、倦怠感、そう痒症などでした。また、次のような症状があらわれた場合は、ただちにご担当の先生や薬剤師にご相談ください。

重大な副作用:貧血、高血圧、脳血管障害

注意が必要な副作用として、貧血、高血圧、脳血管障害が報告されています。

- 貧血には、からだのだるい、めまい、頭痛、耳鳴り、階段や坂を上るときの動悸(どうき)や息切れ、息切れなどの自覚症状があります。
- 高血圧は、めまい、頭が重く痛い、肩こりなどの自覚症状があらわれることがあります。
- 脳血管障害は、めまい、頭痛、意識がうすれる、考えがまとまらない、嘔吐、半身まひ、しゃべりにくい、判断力の低下などの自覚症状があらわれることがあります。

これらの自覚症状を、体の部位ごとに並び替えたものが下の表です。参考にしてください。

部 位	自覚症状
全 身	からだのだるい
頭 部	めまい、頭痛、頭が重く痛い、意識がうすれる、考えがまとまらない
耳	耳鳴り
口や喉	嘔吐
胸 部	階段や坂を上るときの動悸や息切れ、息切れ
背 中	肩こり
手・足	半身まひ
その他	しゃべりにくい、判断力の低下

上記の他にも気になる症状があらわれた場合には、ご担当の先生や薬剤師にご相談ください。

日常生活で注意すること

確実な治療のために

- 過労を避け、規則正しい生活を心がけましょう。
- 飲酒を控えましょう。
- 標準体重の維持に努めましょう。



周囲の人への感染防止のために

- 歯ブラシやカミソリなどを他の人と共有しないようにしましょう。
- 献血は控えましょう。
- 他の病気で他科や歯科を受診するときは、C型慢性肝炎またはC型肝炎の治療をしていることを医師に伝えてください。
- 乳幼児に口移して食べ物を与えないようにしましょう。
- 血液や分泌物がついたものは、他の人が触れないよう、包んで捨てましょう。
- 血液や分泌物がついたものを洗濯する場合は、漂白剤につけて、流水で洗い流してください。他の人の洗濯物とは分けて洗濯し、日光にあてて乾かすようにしましょう。
- けがなどの手当ではできる限り自分で行い、必要があれば医療機関を受診しましょう。



 メモ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....