

服薬ノート



東京都



東京都

リサイクル適性
この包装は、服用の場へ
リサイクルできます。

お名前		
住所	〒	☎

もくじ		ページ
1	結核の治療を開始される方へ	1
2	治療に関わる主な機関の紹介と連絡先	2
3	結核の治療	4
4	結核の薬と副作用	6
5	日常生活の注意点	7
6	結核菌の検査	8
7	検査結果 (痰 同定 薬剤感受性 胸部X線 血液検査)	10
8	服薬確認表(毎日の薬のチェック表等)	14
9	結核の治療を終了された方へ	62
10	治療終了後の健康診断	63

1 結核の治療を開始される方へ

説明日(月 日)
説明者()



も
く
じ

結核を治すためには、6か月以上の服薬の継続が必要です。

薬を飲み始めて、症状がよくなっても、そこで薬をやめてしまったり、不規則な内服をしてしまうと、症状が悪化したり、時には薬が効かなくなってしまうこともあります。

しかし、誰にとっても薬を長く飲み続けることは、難しいことです。

入院治療や外来治療が始まりましたら、このノートに毎日の服薬や検査結果等を記入してください。

服薬ノートに毎日記録をつけることで、あなたの治療経過を振り返り、治療や薬の副作用への対応にも役立てることができます。

また、服薬ノートの記録があることで、病院、保健所、薬局との連絡、そして治療中の病院変更もスムーズに行うことができます。

病院・薬局・保健所には、必ずこのノートをお持ちください。

2 治療に関わる主な機関の紹介と連絡先



【医療機関】

医療機関では、結核を診断した医師が感染症法に基づき保健所に届出を行い、医師・看護師・薬剤師等が協力して、診察や検査、服薬確認等を行います。

説明日(月 日)
説明者()

【保健所】

保健所では、医師の届出を受けて患者登録を行い、治療開始から治療後の健診まで、担当保健師が服薬の確認や療養支援を行います。

また、保健所は結核医療公費負担の申請窓口でもあります。結核の療養全般について、どうぞ御相談ください。

※保健師は、結核の治療開始からあなたと関わりながら、最後まで治療を継続できるようにお手伝いをしていきます。

また、治療が終了した後も、結核の再発がないか一緒に確認をしていきます。

説明日(月 日)
説明者()

【薬局】

薬局では、薬剤師が薬を調剤するとともに、必要により薬の説明や服薬の相談、服薬確認等を行います。

説明日(月 日)
説明者()

あなたの治療に関わる主な機関と担当者の連絡先です。
御心配なことや不明なことなどがありましたら、下記の担当者にお気軽に御相談ください。

病院名	主治医:	
〒	☎	
病院名	主治医:	
〒	☎	
保健所名	担当保健師:	
〒	☎	
薬局名	薬剤師:	
〒	☎	

治療に関わる
機関の
連絡先

機関名・氏名	電話番号・住所等	備考



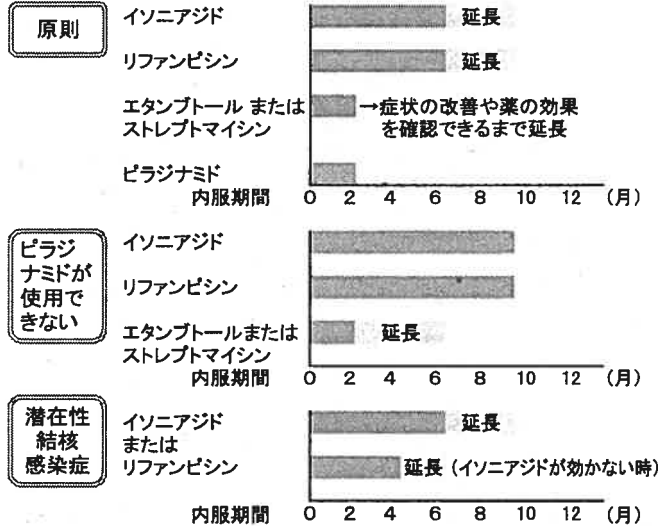
3 結核の治療

説明日(月 日)(月 日)
説明者()()

- ①複数の殺菌効果のある薬を使い、
- ②治療終了まで薬を飲み続ける。(最低でも6か月もしくはそれ以上)

結核の治療に当たっては、医療費の一部又は全額が公費で負担される公費負担制度があります。治療開始時に申請書などを提出していただきますので、詳しくは保健所や医療機関に御確認ください。

初めて治療をする時の一般的な治療方法(標準治療)



結核の標準治療では、4種類あるいは3種類の薬を使います。2回目以降の治療や肺以外の結核、また糖尿病などの合併症がある時は、治療期間が長引くこともあります。さらに、検査の結果によっては薬を変更することもあります。

①なぜ何種類もの薬が必要なのでしょう？

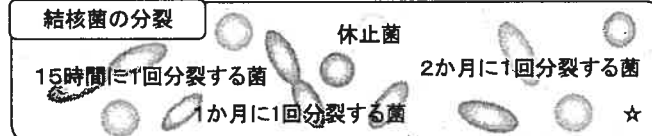
- ・数は少ないですが、結核の薬が効かない耐性菌は、普通の結核菌の中にも存在します。
- ・何種類かの薬の内服により、耐性菌も殺菌することができ、薬剤耐性結核になることを防ぎます。



- イソニアジド耐性菌
- リファンピシン耐性菌
- /○ イソニアジド・リファンピシン耐性菌(多剤耐性菌) ☆

②なぜ6か月以上の内服が必要なのでしょう？

- ・薬の効果があるのは、菌が増えるために分裂している時だけです。
- ・結核菌の分裂は早いものでも15時間に1回で、さらに分裂が遅い菌や分裂を休止中の菌もあり、再発率をできる限り低くする菌量まで殺菌するためには、最低6か月以上の内服が必要です。










☆高知市保健所資料を許可を得て改編

必ずお読み

4 結核の薬と副作用

説明日(月 日)(月 日)
説明者()()

結核の治療では、状況にあわせて3~4種類の薬を内服します。結核の治療を効果的に安心して行うために、薬について心配や疑問があるとき、副作用が出現したときなどは、自己判断で中断せず主治医や薬局、保健所の担当者に早めに相談をしましょう。

一般名	商品名	主な副作用
INH イソニコチン酸 ヒドラジド (イソニアジド)	 イスコチン スミフォン	指先のしびれ かゆみ・肝障害 食欲不振
RFP リファンピシン 注1)商品により薬の色 が違うことがあります。	 リマクタン リファジン アプテシン	発疹、かゆみ、肝障害 胃腸障害、発熱 ※尿が橙色になり ますが、心配あり ません。
EB エタンブール	 エプツール エサンブール	視力の低下・発疹 下肢のしびれ ※視力の低下は すぐ相談を。
PZA ピラジナミド	 ビラマイド (粉)	関節痛 肝障害・胃腸障害
SM ストレプトマイシン	 硫酸ストレプト マイシン (注射)	耳鳴り・聴力障害 めまい・ふらつき
RBT リファブチン	 ミコブテイン	肝機能障害 ※尿が橙色になり ますが、心配あり ません。
LVFX レボフロキサシン	 クラビット	めまい・吐き気 不眠・発疹

注2) 治療に使われる抗結核薬はここに示したほかにもあります。

5 日常生活の注意点

説明日(月 日)(月 日)
説明者()()

療養中、薬の副作用をできる限り抑え、病気を確実に治していくためには、日常生活を整えることがとても大切です。入院からの治療開始となった方も、原則として菌の陰性が連続して3回確認できれば、通院治療となります。身体の回復を助けるような生活をしていきましょう。

食事

バランスのよい食事を規則正しくとりましょう。

運動

体力をつけるために、身体の状態にあった適度な運動や十分な睡眠をとりましょう。

お酒

肝臓の負担が増えると、薬の副作用も出やすくなり、治療にも影響がでます。結核の治療をしている間は、お酒を控えましょう。

たばこ

たばこは肺の機能を落とし、身体に負担をかけます。禁煙のための保険治療もできるようになりました。この機会に禁煙しましょう。

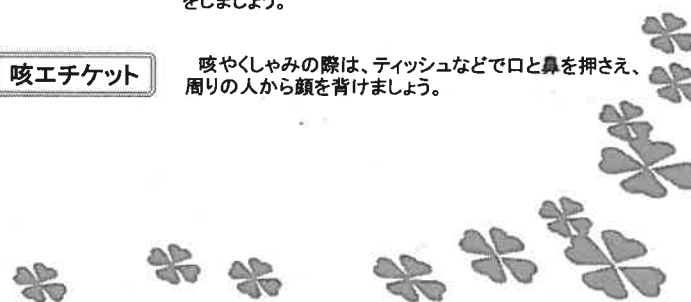
感染予防

外出をする時には、マスクの着用、帰宅時の手洗い、うがいを行って、風邪などの予防をしましょう。
また、咳などの症状が続く時には、マスクを着用し感染防止に努めましょう。咳が持続する場合は、早めに受診をしましょう。

咳エチケット

咳やくしゃみの際は、ティッシュなどで口と鼻を押さえ、周りの人から顔を背けましょう。

く
み
す
お
し
ま
い
ま
し
よ
う



6 結核菌の検査

説明日(月 日)(月 日)
説明者() ()

① 塗抹(とまつ)検査

痰などを顕微鏡で見て、結核菌の量により、感染力や病状の目安とします。

治療中も定期的に検査します。死んでいる結核菌(死菌)や人から人への感染がない菌(非結核性抗酸菌)も、顕微鏡では同じように見えるため、下記の培養検査や同定検査での確認を行います。

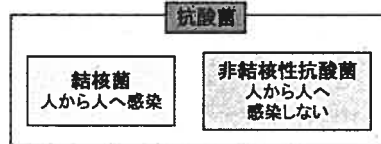
記載法	菌量(蛍光法)	ガフキー
—	0/30視野	G 0号
±	1~2/30視野	G 1号
1+	2~20/10視野	G 2号
2+	≥20/10視野	G 5号
3+	≥100/1視野	G 9号

② 培養(ばいよう)検査

痰などを培地で育て、6~8週間培養し、菌が生えると、結果は陽性(+)となり、「生きている菌」と判断します。一方、塗抹検査で陽性でも、培養検査で陰性(-)であれば、「死んでいる菌」と判断します。治療中も、薬が効いて殺菌しているかを観察するため、定期的に検査をします。

③ 同定(どうてい)検査

結核菌と同じ抗酸菌の仲間で、人から人への感染がない非結核性抗酸菌か結核菌かを見分ける検査です。



④ 薬剤感受性(やくざいかんじゆせい)検査

それぞれの患者さんの結核菌に薬が効くかどうかを調べる検査です。薬を入れた培地に培養した結核菌を入れて、菌が育つかどうか調べます。菌が育つと、その培地の薬は効果がない(感受性なし、耐性あり)と判定され、治療薬も変更されます。

メモ欄

必ず
お読み
ください

8 服薬確認表①

< 年 月の記録 > [治療開始日 年 月 日]
 説明日(月 日)(月 日)
 説明者() ()

商品名		イソニアジド	リファンピシン	エタンブトール	ピラジナミド	レボフロキサシン	服薬確認欄 ・備考欄
一般名	イソニアジド	リファンピシン	エタンブトール	ピラジナミド	レボフロキサシン		
日 曜日 服薬日数							
記入例		2.5 (薬の量) 又は○などでチェックする					
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

商品名		イソニアジド	リファンピシン	エタンブトール	ピラジナミド	レボフロキサシン	服薬確認欄 ・備考欄
一般名	イソニアジド	リファンピシン	エタンブトール	ピラジナミド	レボフロキサシン		
日 曜日 服薬日数							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

次回外来日 月 日 月 日 月 日

毎日の記録

8 服薬確認表① < 年 月の記録 > 説明日() ()
 説明者() ()

結核以外の病気についてと結核既往歴

合併症のこと : なし あり 糖尿病 腎疾患 その他()

結核治療 : 初回 再治療(回目)

ご自身の体調や自覚症状について

※自覚症状や飲み忘れ等がある場合、当てはまる項目にチェックをしてください。

薬の飲み忘れ : なし あり (_____ 日分)

自覚症状 : なし あり

※ありの場合、具体的にどのような症状ですか？

<input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみや発疹	月	日	から	月	日
<input type="checkbox"/> 関節の痛み	月	日	から	月	日
<input type="checkbox"/> 手足のしびれ	月	日	から	月	日
<input type="checkbox"/> 食欲低下	月	日	から	月	日
<input type="checkbox"/> 倦怠感(体のだるさ)	月	日	から	月	日
<input type="checkbox"/> 目の見えづらさ	月	日	から	月	日
<input type="checkbox"/> その他の症状()	月	日	から	月	日

治療継続のための確認

治療を継続するために困っていること(経済的 仕事のことなど)

なし あり

【内容記載】

主治医 薬剤師 保健師等に伝えたいこと

結核に関すること

生活に関すること

医療機関からの確認と連絡事項欄

体調について確認をします 副作用がないか確認をします
薬を _____ 日分処方します X線検査をします
次回外来日を伝えます 採血をします
 【自由記載欄】

薬局からの確認と連絡事項欄

薬をお渡しします 薬についてご相談を受けます
 _____ 分お渡ししました
体調についてうかがいます
 【自由記載欄】

保健所からの連絡事項 自由記載欄

体調についてうかがいます
外来受診の様子をうかがいます
療養に関する困り事についてうかがいます
 【自由記載欄】

からの連絡事項 自由記載欄

体調についてうかがいます
療養に関する困り事についてうかがいます
 【自由記載欄】

9 結核の治療を終了された方へ

薬を飲み終わり、治療が終了した日

____年 ____月 ____日

長期間の治療を終えられ、大変お疲れさまでした。
これからもお体を大切にお過ごしください。

治療終了後は、再発のおそれがあるため、2年間又は
3年間は経過を見る期間となります。

受診の間隔や時期などは、治療を行った医療機関と
御相談ください。

医療機関から特別の指示がない場合は、保健所で検
診を受けることができます。

経過を見る期間が終わった後も、区市町村や職場で
実施される健康診断を、あなたの健康の維持に御活用
ください。

保健所

10 治療終了後の健康診断

- ◆あなたの経過を見る期間は治療終了後____年間です。
- ◆引越しや転居をするときには、保健所に御連絡ください。
- ◆受診結果を御自身で記入し、健康管理にお役立てください。

予定日	実施年月日	健診の内容	実施機関名
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	胸部X線検査 異常あり 異常なし 特記事項	
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	胸部X線検査 異常あり 異常なし 特記事項	
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	胸部X線検査 異常あり 異常なし 特記事項	
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	胸部X線検査 異常あり 異常なし 特記事項	
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	胸部X線検査 異常あり 異常なし 特記事項	
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	胸部X線検査 異常あり 異常なし 特記事項	

でお
し
ま
し
た
ら
備