

ブレンレップによる治療を
受けられる方へ
ブレンレップ手帳

[編集協力(五十音順)] 鈴木 一史 先生 東京慈恵会医科大学 腫瘍・血液内科 准教授
近間 泰一郎 先生 広島大学病院 眼科 診療教授
舟木 俊成 先生 日本赤十字社医療センター 眼科 部長

主治医や眼科医の診察を受けられる際は、
本手帳を持参してください。

もくじ

- 患者さん向け ( 記入欄あり)
- 主治医・眼科医向け ( 記入欄あり)

1	ブーレンレップによる治療を受けられる方へ	3
	・初回投与前のチェックリスト	
	・ブーレンレップによる治療中に守っていただきたいこと	
2	ブーレンレップ手帳の目的・使い方	4
3	眼科検査のスケジュール	6
	4 眼科の既往歴・現病歴・治療歴	7
	5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録	8
6	眼科の先生へ	54
7	ブーレンレップによる角膜への影響	56
8	ブーレンレップによる視力の変化	64
9	ブーレンレップによる治療でみられる目に関連する副作用	65
10	目に関連する副作用の予防・悪化防止法	66
11	目に関連する副作用の対処法	66
	12 わたしの「目」メモ	67
	13 わたしの点眼チェック	72
	患者さん・ご家族・介助者の方向けサイトのご案内	80
	わたしのプロフィール	81
	薬剤師のみなさまへ 大切なお願い	82

1 ブーレンレップによる治療を受けられる方へ

初回投与前のチェックリスト

- 眼科を受診し、ブーレンレップによる治療に必要な検査を受けましたか？
- 防腐剤が入っていない人工涙液(目薬)は購入していますか？
- 目の病気があり、他の目薬を使用している場合は、ブーレンレップによる治療中に使用する目薬について眼科医に相談しましたか？

ブーレンレップによる治療中に守っていただきたいこと



防腐剤が入っていない人工涙液(目薬)を1日4回以上点眼してください[▶66、72、82ページ]。



コンタクトレンズの装着は控えてください[▶66ページ]。



車の運転や機械の操作を行う際は、十分に注意してください。

2 ブーレンレップ手帳の目的・使い方

ブーレンレップ手帳の目的

血液内科の担当医師(以下、主治医)と眼科の担当医師(以下、眼科医)が、患者さんを介して、患者さんの目の状態を正しく把握・共有すること。

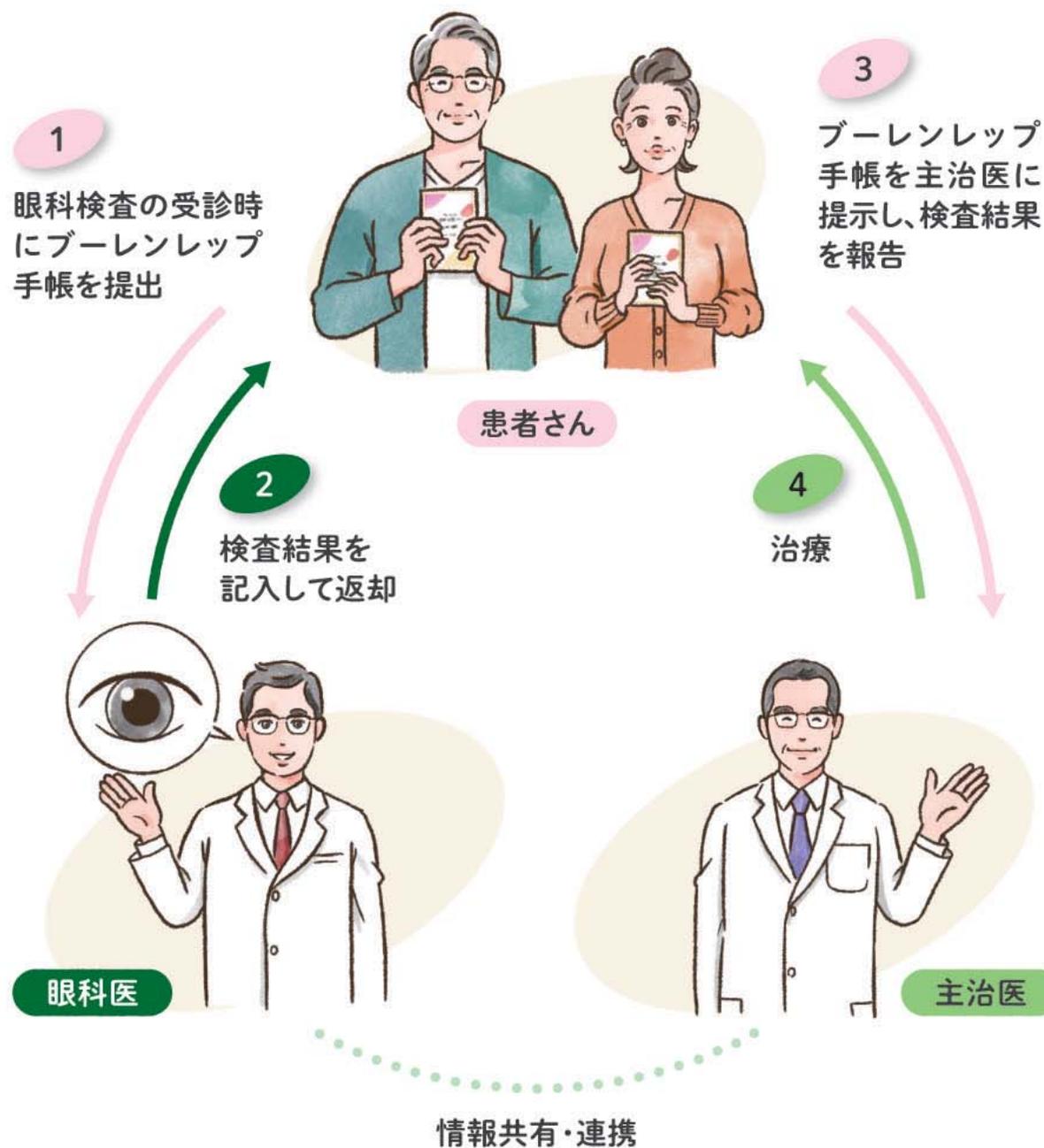
ブーレンレップのための検査とは別に、目の治療でかかりつけの眼科医を受診される場合にも本手帳を持参し、かかりつけの眼科医も患者さんの目の状態を正しく把握・共有すること。

眼科の情報をブーレンレップによる治療に役立ててもらうこと。

患者さんに、ご自身の目の状態やブーレンレップによる治療について正しく理解してもらうこと。

ブーレンレップ手帳の使い方

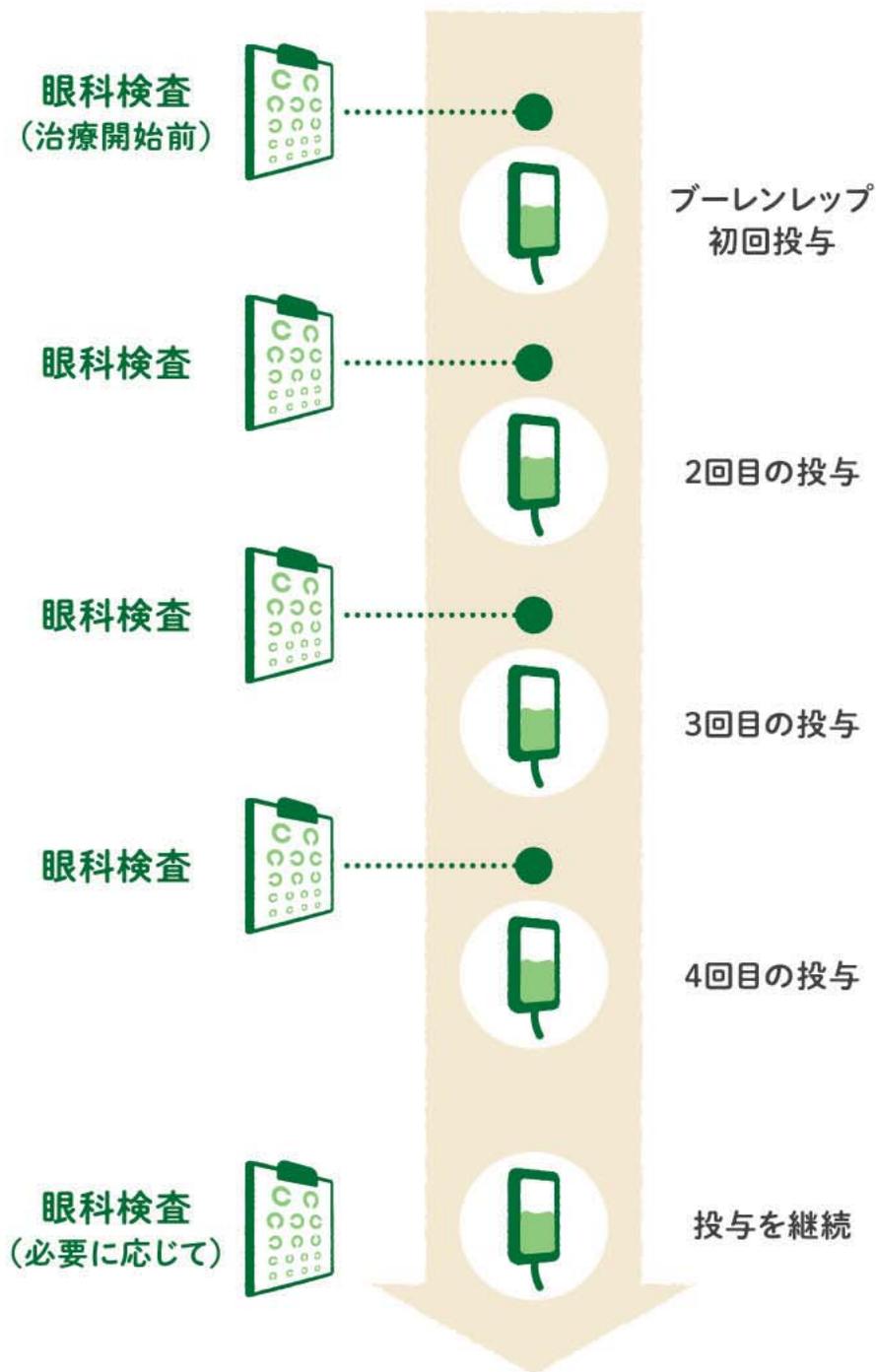
ブーレンレップ手帳を通院時に持参し、主治医や眼科医とコミュニケーションをとりながら、ブーレンレップによる治療を適切に続けていきましょう。



3 眼科検査のスケジュール

眼科検査は、ブレンレップの初回から4回目までの投与を行う前に必ず受けてください。その後の眼科検査は、主治医や眼科医が患者さんごとに判断します。

眼科検査では、角膜の状態や視力の変化を確認します。[▶56～64ページ]



4 眼科の既往歴・現病歴・治療歴

眼科検査を初めて受ける際は、眼科の既往歴・現病歴・治療歴を眼科医に伝え、記入してもらいましょう。

:眼科記入欄

記入日	/	/
眼科担当医師名		

既往歴	白内障	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	緑内障	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	ドライアイ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	その他(ある場合は記載してください)		
現病歴	白内障	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	緑内障	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	ドライアイ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	その他(ある場合は記載してください)		
治療歴	眼鏡の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (いつ頃から:)
	白内障の手術	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (いつ頃:)
	その他の眼の手術	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (診断名:) (いつ頃:)
	眼のレーザー治療	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (診断名:) (いつ頃:)
	眼に影響を及ぼす可能性のある薬剤の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名:) (いつ頃:)

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

●眼科受診前の準備

67ページの【12 わたしの「目」メモ】に、日々の生活で気になっている目の症状を記録しておきましょう。

●眼科を受診したら

ブーレンレップ手帳を眼科医に提出し、内に眼科検査の結果などを記入してもらいましょう。
【12 わたしの「目」メモ】に記入しておいた目の症状について、眼科医に必ず相談してください。

●眼科の受診が終わったら

ブーレンレップ手帳を主治医に提出して眼科検査の結果などを確認してもらい、内にブーレンレップの投与の記録や次回の投与予定日などを記入してもらいましょう。

記入例
【2回目以降】

:眼科記入欄 :血液内科記入欄

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

ブーレンレップの投与【2回目以降】

- 投与前の確認 (眼科記入欄) -

眼科担当医師名	▲▲ ▲▲		
検査日	2026 / 8 / 8		

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。
①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(1 . 2)	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(1 . 2)	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	---

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような目の副作用がございましたら、ご記載ください。 軽度の点状表層角膜症を認めたが、自覚症状はなし
---------------------	--

- 投与の記録 (血液内科記入欄) -

血液内科担当医師名	◆◆ ◆◆		
人工涙液の点眼状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 <small>*1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。</small>		
今回のブーレンレップ ^(注)	<input checked="" type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 <small>*2:減量・休薬・中止の理由</small> ()		
投与日	2026 / 8 / 8		
投与量	(2.5)・1.9・1.4 mg/kg		
次回のブーレンレップ	投与予定日: 2026 / 8 / 29		
眼科への 連絡事項・コメント			

注)角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。
詳細は最新の電子添文をご参照ください。

眼科検査の結果は、左右の目についてそれぞれ記入してもらいましょう

視力検査では、レンズによって近視・遠視・乱視の屈折異常を矯正して得られた最高の視力を測定します

ブーレンレップを実際に投与した日、投与量を記入してもらいましょう

次回のブーレンレップの投与予定日を記入してもらいましょう

5 眼科検査・ブレンレップ投与の記録

 :眼科記入欄

ブレンレップ の投与【初回】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

右ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の症状や眼疾患、人工涙液以外の点眼剤を使用する等がございましたら、ご記載ください。
---------------------	--

医療関係者用参考資料

角膜検査所見および最高矯正視力の変化^{注1)}に基づく重症度評価基準

●角膜検査所見に基づく重症度(KVAスケール)^{注2)}

重症度	角膜検査所見
Grade 1	●軽度の点状表層角膜症 (症状の有無にかかわらず治療開始前から悪化した場合)
Grade 2	●中等度の点状表層角膜症 ●周辺部上皮下混濁 ●斑点状小嚢胞様沈着 ●新たな周辺部角膜実質混濁
Grade 3	●重度の点状表層角膜症 ●中心部の上皮下混濁 ●びまん性小嚢胞様沈着(角膜中心部を含む) ●新たな中心部実質混濁
Grade 4	●角膜上皮欠損

●目に関連する副作用による最高矯正視力の変化の重症度(KVAスケール)^{注2)}

治療開始前の 最高矯正視力	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
1.5	1.2	0.8～1.0	0.1～0.7	0.1未満
1.2	1.0	0.6～0.9	0.1～0.5	0.1未満
1.0	0.8～0.9	0.5～0.7	0.1～0.4	0.1未満
0.9	0.6～0.8	0.4～0.5	0.1～0.3	0.1未満
0.8	0.6～0.7	0.4～0.5	0.1～0.3	0.1未満
0.7	0.5～0.6	0.3～0.4	0.1～0.2	0.1未満
0.6	0.5	0.3～0.4	0.1～0.2	0.1未満
0.5	0.4	0.3	0.1～0.2	0.1未満
0.4	0.3	0.2	0.1	0.1未満
0.3	－	0.2	0.1	0.1未満
0.2	－	0.1	－	0.1未満

注1) 左右の眼で検査結果が異なることがあるため、左右の眼の最も重症度の高い角膜検査所見又は視力変化に基づき重症度を判定すること。

注2) CTCAEに基づく重症度ではない。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

:眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

 :眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

 :眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

:眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

:眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

 :眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

:眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

:眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

 :眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
-------------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
投与日:	/ /
投与量:	2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

 :眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

:眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

:眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

 :眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

 :眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

 :眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

 :眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
-------------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
投与日:	/ /
投与量:	2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

:眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

 :眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

:眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

5 眼科検査・ブーレンレップ投与の記録

:眼科記入欄 :血液内科記入欄

ブーレンレップの 投与【2回目以降】

－ 投与前の確認（眼科記入欄）－

眼科担当医師名	
検査日	/ /

11ページの表を参考にして、①②の重症度を判定し、チェックを入れてください。

①の所見・診断名はコメント欄へご記載ください。

①角膜検査所見	右眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②視力検査結果 (最高矯正視力)	右眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	左眼(.)	<input type="checkbox"/> 該当なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

①②のうち、最も高いGradeにチェックを入れてください。

総合評価	<input type="checkbox"/> 異常なし Grade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
------	--

血液内科への 連絡事項・コメント	日常生活に支障をきたすような眼の副作用がございましたら、 ご記載ください。
---------------------	--

－ 投与の記録（血液内科記入欄）－

血液内科担当医師名	
人工涙液の点眼状況	<input type="checkbox"/> 1日4回以上点眼している <input type="checkbox"/> 点眼していない <input type="checkbox"/> 他剤を使用*1 ※1:必ず眼科医のご判断のもと使用する点眼剤を決定してください。
今回のブーレンレップ ^{注)}	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 投与(前回より減量*2) (ブーレンレップ投与__回目) <input type="checkbox"/> 休薬*2 <input type="checkbox"/> 中止*2 ※2:減量・休薬・中止の理由 ()
	投与日: / / 投与量: 2.5 · 1.9 · 1.4 mg/kg
次回のブーレンレップ	投与予定日: / /
眼科への 連絡事項・コメント	

注) 角膜検査所見および視力変化に基づく重症度の総合評価、角膜検査所見及び視力変化以外の副作用に関してはCTCAE ver.5.0に基づく重症度の総合評価を行った上で、ブーレンレップの投与について慎重にご判断ください。

詳細は最新の電子添文をご参照ください。

6 眼科の先生へ

ブーレンレップの初回から4回目までの投与を行う前は必ず、その後の投与期間中は必要に応じて、眼科検査を実施してください。

- ブーレンレップによる治療では、目に関連する副作用があらわれることがあるため、目の状態を確認しながら治療を進める必要があります。
- 眼科検査では、以下の検査を行ってください。
 - さいげきとう 細隙灯顕微鏡検査(角膜の状態を評価)
 - 視力検査(最高矯正視力*の変化を評価)
- 角膜検査所見[▶57~63ページ]および最高矯正視力*の変化について、11ページの表に基づき、左右の眼の重症度判定を行ってください。

※: レンズを入れることにより近視・遠視・乱視の屈折異常を矯正して測定した最高の視力

眼科検査の結果は、血液内科の担当医師へ共有するため、ブーレンレップ手帳の10ページ以降に記入してください。

- 眼科検査の結果は、患者さんを通じて血液内科の担当医師へ共有されます(詳細は、5ページの【ブーレンレップ手帳の使い方】をご確認ください)。
- 血液内科の担当医師は、眼科検査の結果に基づき、ブーレンレップの投与量やブーレンレップによる治療のスケジュールを検討します。

医療関係者用参考資料

診療サポート資料のご案内

ブーレンレップによる治療前や治療中における目に関連する副作用の管理方法などについてまとめた冊子をご用意しています。ブーレンレップによる治療を適正に行うため、お役立てください。

眼科医向け診療サポート資料



患者さん・ご家族配布用資料



お問い合わせ先(眼科医専用)

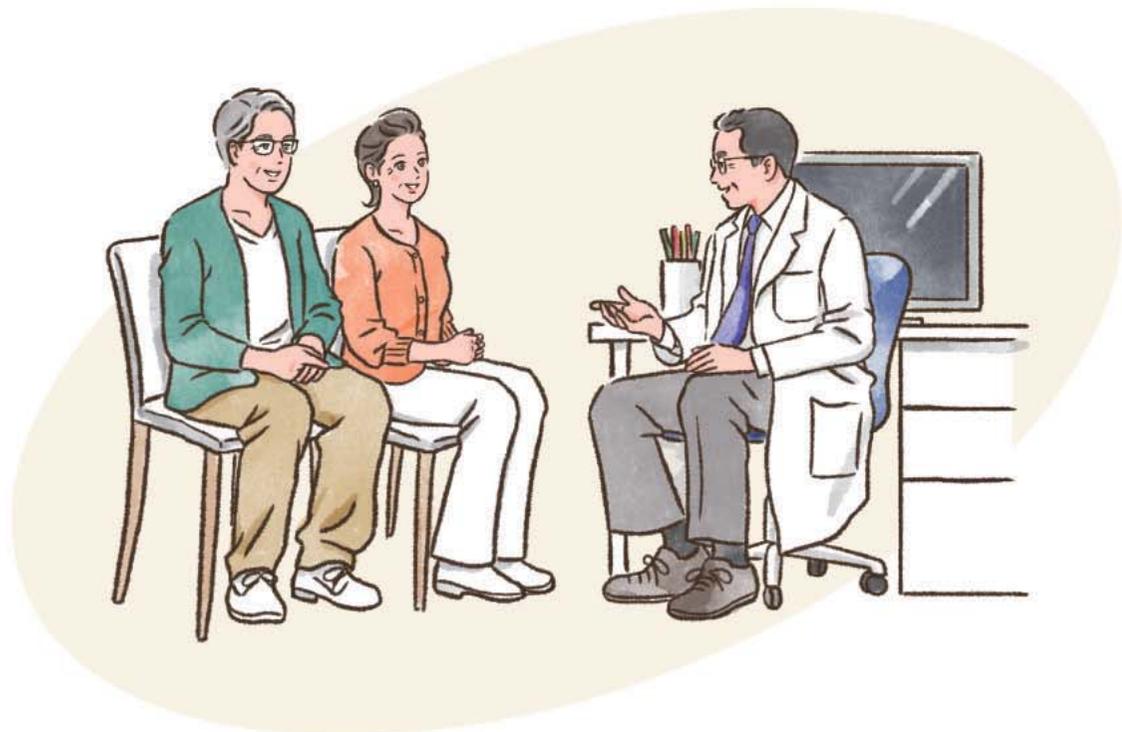
TEL: 0120-562-601
(9:00~17:45/土日祝日および当社休業日を除く)

7 ブーレンレップによる角膜への影響

「角膜」とは、黒目とよばれる部分をおおっている透明な膜のことをいいます。

ブーレンレップが角膜に取り込まれると、角膜の表面に小さな点状の変化が起こったり（点状表層角膜症）、小さな袋状のものがついたり（小嚢胞様沈着）することがあります。その結果、視力の低下[▶64ページ]やドライアイ（目が乾く）、目のかすみ（ぼやけて見える）などがあらわれることが多いですが、自覚症状があらわれない患者さんもいます。

角膜の状態は、細隙灯顕微鏡検査で確認し、右ページおよび11ページの表を用いて評価します。



医療関係者用参考資料

角膜検査所見に基づく重症度(KVAスケール)^{※1,2}とイメージ図

重症度	角膜検査所見	イメージ図
Grade 1	軽度の点状表層角膜症（症状の有無にかかわらず治療開始前から悪化した場合）	
Grade 2	<ul style="list-style-type: none"> ・中等度の点状表層角膜症 ・斑点状小嚢胞様沈着 ・周辺部上皮混濁 ・新たな周辺部角膜実質混濁 	
Grade 3	<ul style="list-style-type: none"> ・重度の点状表層角膜症 ・びまん性小嚢胞様沈着（角膜中心部を含む） ・中心部の上皮混濁 ・新たな中心部実質混濁 	
Grade 4	<ul style="list-style-type: none"> ・角膜上皮欠損 <p>角膜欠損は角膜潰瘍を引き起こす可能性があるため、すぐに眼科医を受診し適切な処置を受けてください。</p>	

ブルー：点状表層角膜症、ブラック：小嚢胞様沈着、グレー：上皮混濁/角膜実質混濁

※1：左右の眼で検査結果が異なることがあるため、左右の眼の最も重症度の高い角膜検査所見に基づき重症度を判定すること。

※2：CTCAEに基づく重症度ではない。



ブーレンレップによる目に関連する副作用症状をすべて網羅しているわけではありません。目に関連する気になる症状や不安に思うことなどがある場合は、主治医 および眼科医に相談してください。

7 ブーレンレップによる角膜への影響

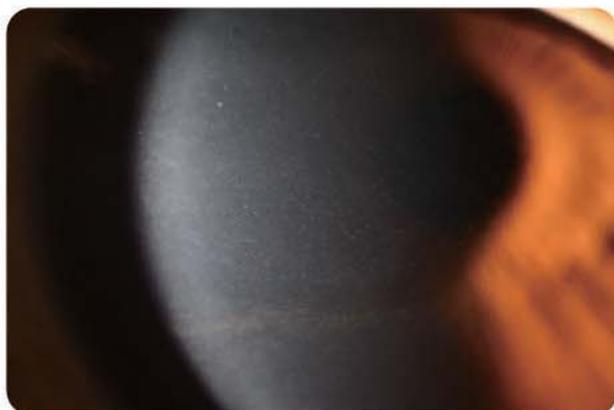
医療関係者 用参考資料

代表的な細隙 灯顕微鏡画像

● 小嚢胞様沈着(周辺部、びまん性)

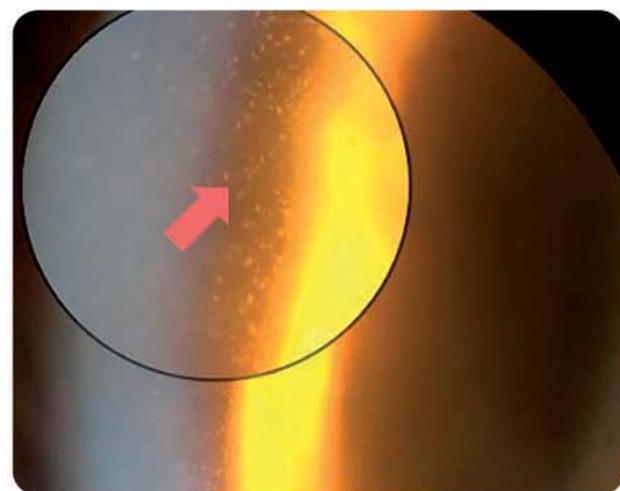
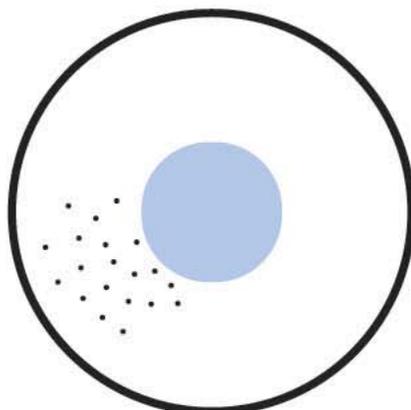
【照明・観察方法:間接照明法(反帰光線法、徹照法、強膜散乱法)】

軽度



画像提供:Flaum眼研究所(ニューヨーク州ローチェスター)

小嚢胞様沈着と表面の変化

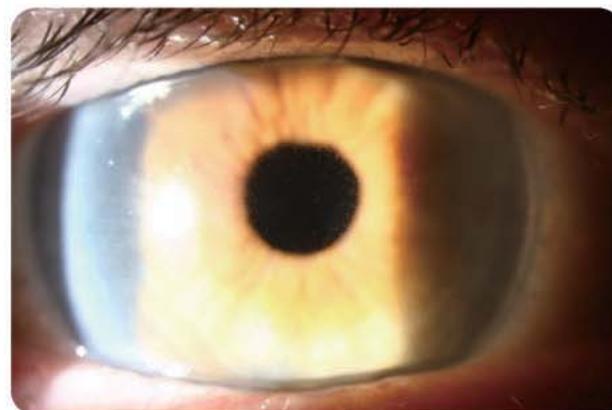


軽度の小嚢胞様沈着【40倍、反帰光線法】

● 小嚢胞様沈着(周辺部、高密度)

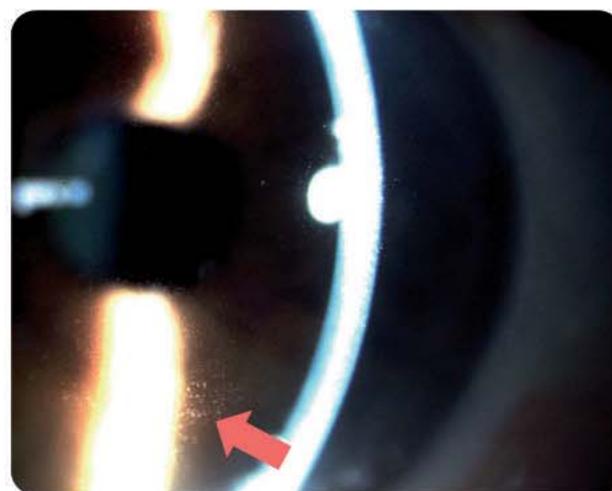
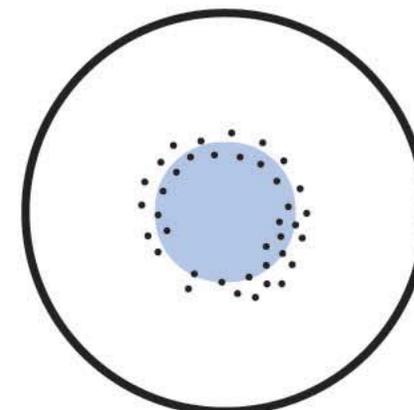
【照明・観察方法:間接照明法(反帰光線法、徹照法、強膜散乱法)】

中等度



画像提供:Flaum眼研究所(ニューヨーク州ローチェスター)

中等度の小嚢胞様沈着



視軸に影響を及ぼすことなく、角膜中心部に向かって進行する小嚢胞様沈着【25倍、反帰光線法】

7 ブーレンレップによる角膜への影響

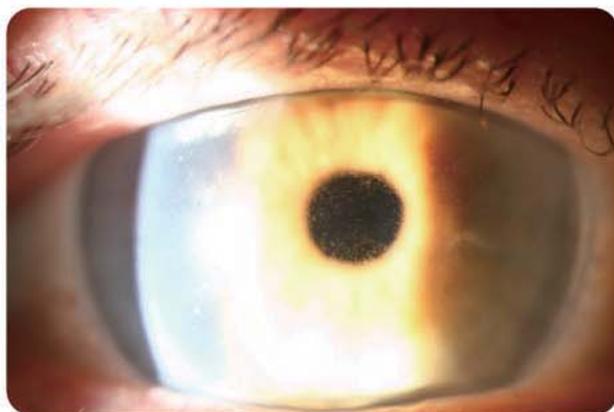
医療関係者 用参考資料

代表的な細隙 灯顕微鏡画像

● 小嚢胞様沈着(中心部)

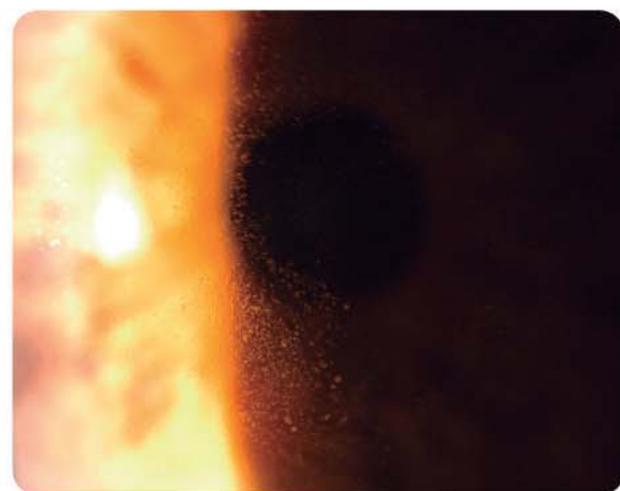
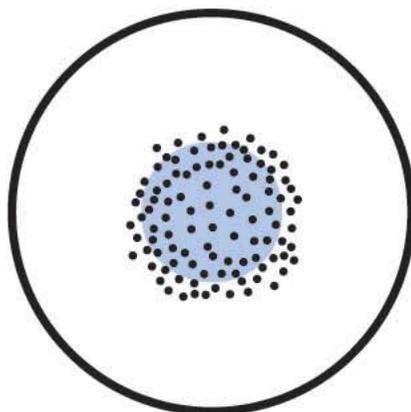
【照明・観察方法: 間接照明法(反帰光線法、徹照法、強膜散乱法)】

重度

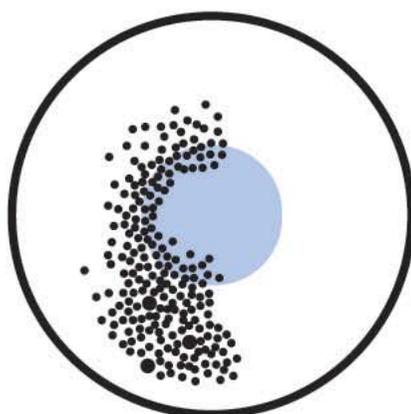


画像提供: Flaum眼研究所(ニューヨーク州ローチェスター)

重度の小嚢胞様沈着



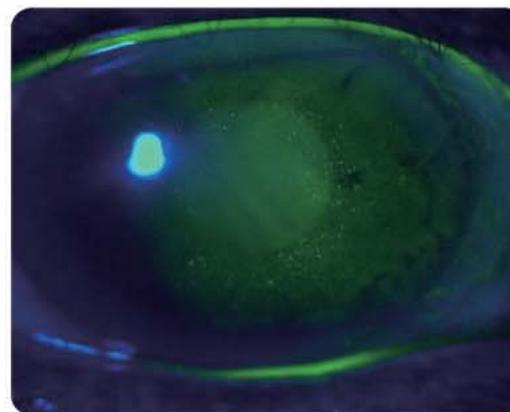
中心領域に影響を及ぼす中心部における重度の小嚢胞様沈着



● 点状表層角膜症

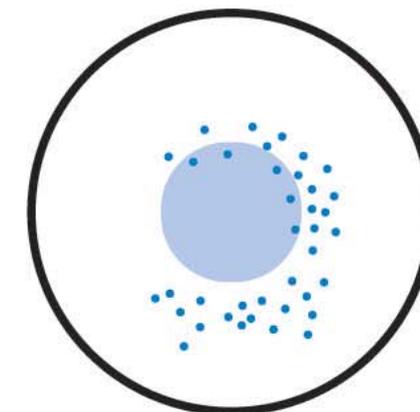
【照明・観察方法: 直接照明法(Diffuse illumination、フルオレセイン染色)】

軽度

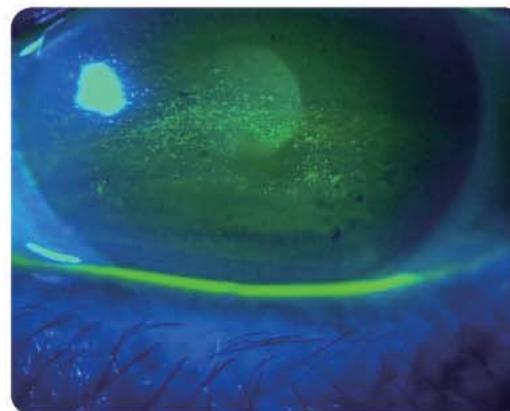


画像提供: 東京慈恵会医科大学附属柏病院

軽度の点状表層角膜症【フルオレセイン染色】

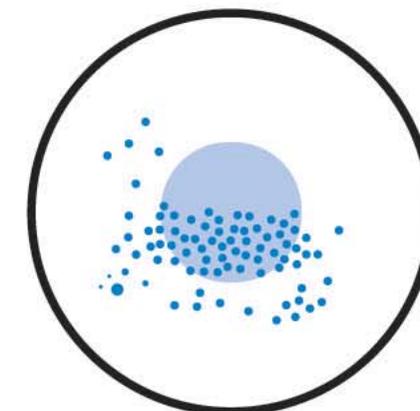


中等度



画像提供: 東京慈恵会医科大学附属柏病院

中等度の点状表層角膜症【フルオレセイン染色】



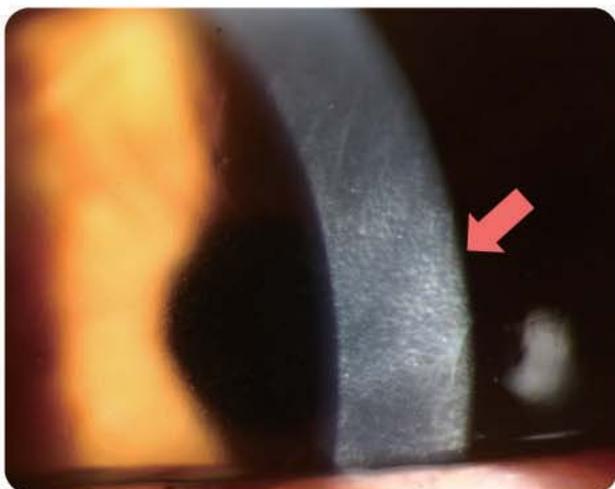
7 ブーレンレップによる角膜への影響

医療関係者 用参考資料

代表的な細隙 灯顕微鏡画像

● 上皮下混濁

【照明・観察方法: 間接照明法(反帰光線法、徹照法、強膜散乱法)、
直接照明法(Broad beam illumination)】

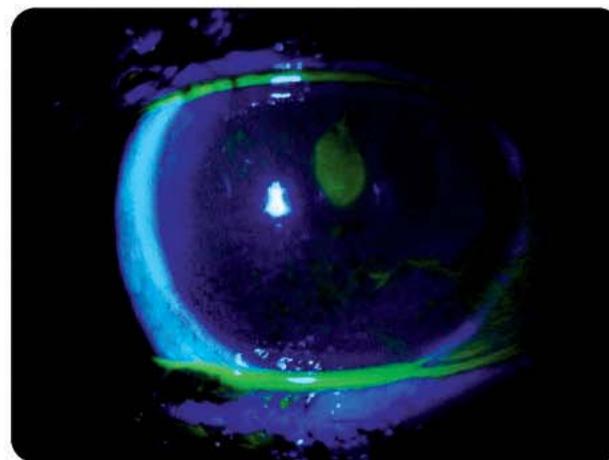


画像提供: Flaum眼研究所(ニューヨーク州ローチェスター)

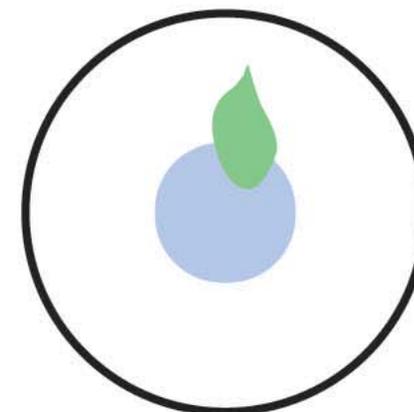
小嚢胞様沈着と上皮下混濁

● 角膜上皮欠損

【照明・観察方法: 直接照明法(Diffuse illumination、Broad beam illumination)、
フルオレセイン染色】



角膜上皮欠損【フルオレセイン染色】



8 ブーレンレップによる視力の変化

56ページのとおり、角膜の表面に小さな変化が起こると、視力の低下がみられることがあります。

視力検査では眼鏡をかけた状態での視力(矯正視力)を測定し、ブーレンレップによる治療開始前の視力からの変化を11ページの表を用いて評価します。

視力による見え方のちがい^{注)}

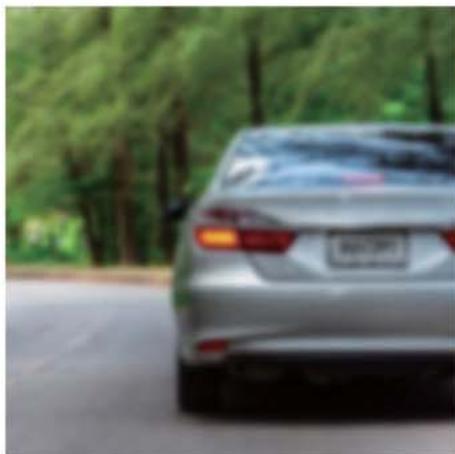
視力 1.0



視力 0.4



視力 0.1



注) 画像はイメージです。実際の見え方には個人差があります。

画像は、眼科専門医の協力のもと、Hunt及びBassiの手法に基づき、定義されたガウスぼかしとピクセル化処理を施して作成されました。[手法] Adobe Photoshopを用いて、所定のガウスぼかし(視力1.0: 0.5ピクセル、0.4: 4.0ピクセル、0.1: 15ピクセル)を適用し、視力障害をシミュレーションしました(Hunt LA, et al. Am J Occup Ther. 2010; 64(1): 105-113.)。

9 ブーレンレップによる治療でみられる目に関連する副作用

目に関連する副作用があらわれた場合は、主治医に相談の上、すぐに医療機関(眼科)を受診してください。下記以外の症状があらわれることもあります。

よくみられる症状

- 視力の低下
- 夜間視力の低下
(午前中は比較的楽に見えるが、夕方から夜間にかけて見えにくくなる)
- 光をまぶしく感じる
- 1つのものが2つに見える
- ドライアイ(目が乾く)
- 目のゴロゴロとした異物感
- 目の刺激感・かゆみ
- 目の痛み・不快感
- 涙がたくさん出る
- 目の充血
- 目のかすみ(ぼやけて見える)



目以外の副作用については、冊子「ブーレンレップによる治療を受けられる方へ～治療中に守っていただきたいこと～」や患者さん・ご家族・介助者の方向けサイト[▶80ページ]で詳しく解説しています。本手帳と合わせてご確認ください。

10 目に関連する副作用の予防・悪化防止法



防腐剤が入っていない人工涙液(目薬)^{※1~3}を
1日4回以上点眼してください。

- ※1:眼科医に相談の上、調剤薬局・ドラッグストアで購入してください。
ご購入の際は82、83ページの【薬剤師のみなさまへ 大切なお願い】をご活用ください。
- ※2:使用している目薬がある場合はあらかじめ眼科医へ相談してください。
- ※3:使用期限内であっても、開栓後は同封の説明書あるいは外箱の説明書きにある日数を守ってください。



コンタクトレンズの装着は控えてください。

上記の他、ブーレンレップによる治療中に守っていただきたいことなどについては、冊子「ブーレンレップによる治療を受けられる方へ～治療中に守っていただきたいこと～」や患者さん・ご家族・介助者の方向けサイト[▶80ページ]で詳しく解説しています。本手帳と合わせてご確認ください。

11 目に関連する副作用の対処法



主治医は、患者さんの状態にあわせて、一時的にブーレンレップによる治療をお休みしたり、ブーレンレップの量を減らすことがあります。

12 わたしの「目」メモ

日々の生活で気になっている目の症状^{*}を記録しましょう。

^{*}:目の症状については、65ページの【9 ブーレンレップによる治療でみられる目に関連する副作用】もご参照ください。

記入例

視力が下がった、昼間に見えるものが夜になると見えにくい、光をまぶしく感じる、1つのものが2つに見える、目がかわく、目がゴロゴロする など

: 患者さん記入欄

日付	気になっている目の症状

12 わたしの「目」メモ

: 患者さん記入欄

日付	気になっている目の症状

日付	気になっている目の症状

眼の既往歴等

初回の記録

2回目以降の記録

角膜画像

「目」メモ

点眼チェック

12 わたしの「目」メモ

: 患者さん記入欄

日付	気になっている目の症状

日付	気になっている目の症状

眼の既往歴等

初回の記録

2回目以降の記録

角膜画像

「目」メモ

点眼チェック

13 わたしの点眼チェック

目に関連する副作用があらわれるリスクを下げるためには、防腐剤が入っていない人工涙液(目薬)を1日4回以上点眼することが大切です。

ブーレンレップによる治療をお休みしている間も、点眼を続けてください。

点眼後は、忘れずに点眼チェックシートにチェックを入れましょう。

ミシン線に沿って切り取ってご使用いただけます →

記入例

ご自身の治療に合わせて、
サイクル数を記入しましょう

点眼した日付(月/日)を
記入しましょう

2		サイクル目	1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付		8 / 8	8 / 15	8 / 22	/
	点眼		✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓	○ ○ ○ ○
2日目	日付		8 / 9	8 / 16	8 / 23	/
	点眼		✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ○ ○	✓ ✓ ✓ ✓	○ ○ ○ ○
3日目	日付		8 / 10	8 / 17	8 / 24	/
	点眼		✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ○	○ ○ ○ ○
4日目	日付		8 / 11	8 / 18	8 / 25	/
	点眼		✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓	○ ○ ○ ○
5日目	日付		8 / 12	8 / 19	/	/
	点眼		✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
6日目	日付		8 / 13	8 / 20		
	点眼		✓ ✓ ✓ ○	✓ ✓ ✓ ✓	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
7日目	日付		8 / 14	8 / 21	/	/
	点眼		✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○

点眼したら
チェックを入れましょう

わたしの点眼チェック

: 患者さん記入欄

防腐剤が入っていない人工涙液(目薬)を1日4回以上点眼しましょう。

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○

わたしの点眼チェック

: 患者さん記入欄

防腐剤が入っていない人工涙液(目薬)を1日4回以上点眼しましょう。

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

キリドリ線

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

わたしの点眼チェック

: 患者さん記入欄

防腐剤が入っていない人工涙液(目薬)を1日4回以上点眼しましょう。

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

キリドリ線

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

わたしの点眼チェック

: 患者さん記入欄

防腐剤が入っていない人工涙液(目薬)を1日4回以上点眼しましょう。

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

キリドリ線

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

わたしの点眼チェック

: 患者さん記入欄

防腐剤が入っていない人工涙液(目薬)を1日4回以上点眼しましょう。

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

キリドリ線

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

わたしの点眼チェック

: 患者さん記入欄

防腐剤が入っていない人工涙液(目薬)を1日4回以上点眼しましょう。

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

サイクル目		1週目	2週目	3週目	4週目
1日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7日目	日付	/	/	/	/
	点眼	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

キリドリ線

患者さん・ご家族・介助者の方向け サイトのご案内

ブーレンレップによる治療を受けられる患者さん・ご家族・介助者の方へ、多発性骨髄腫のことやブーレンレップによる治療のことを正しくご理解いただき、適切に治療を続けていただくための情報をお届けするサイトを公開しています。

ブーレンレップによる
治療を受けられる方へ



こちらからアクセス 
<https://blenrep.jp>



わたしのプロフィール

: 患者さん記入欄

記入日

年 月 日

ふりがな	
お名前	
生年月日	/ / (歳)
わたしの連絡先	ご住所： TEL： - -
緊急連絡先	TEL： - - (続柄：)
眼科検査を受けている 医療機関	医療機関名： TEL： - - 担当医師名：
ブーレンレップによる 治療を受けている 医療機関	医療機関名： TEL： - - 担当医師名：

防腐剤が入っていない人工涙液(目薬)は調剤薬局・ドラッグストアで購入してください。
ご購入の際、商品選びのサポートが必要な場合は、調剤薬局・ドラッグストアの薬剤師へ以下を提示してください。

薬剤師のみなさまへ 大切なお願い



**防腐剤を含まない人工涙液の商品選びに、
ご協力をお願いいたします**

こちらの患者さんは、ブルーレンレップによる治療を受けています。

ブルーレンレップによる治療中は、目に関連する副作用(ドライアイ、角膜症など)があらわれることがあるため、防腐剤を含まない人工涙液で1日4回以上点眼を行う必要があります。

そのため、患者さんの防腐剤を含まない人工涙液[▶右ページ]のご購入に際し、商品選びのご協力をお願いいたします。

目に関連する副作用は、早期発見・早期対処が重要です。患者さんが目に関連する症状についてお話しされている場合は、主治医に相談の上、すぐに医療機関(眼科)を受診するようお伝えください。

その他ご不明点などがありましたら、81ページに記載されている「ブルーレンレップによる治療を受けている医療機関」にお問い合わせください。

参考:防腐剤を含まない人工涙液の例

ソフトサンティア(参天製薬株式会社)



なみだロートファイブ(ロート製薬株式会社)



2026年2月時点