

# メトトレキサートカプセル2mg「サワイ」投与前のチェックシート

チェック日	20	年	月	日 ( )
-------	----	---	---	-------

カルテNo.	患者名(イニシャル)	年齢	性別
	( . )	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女(妊娠： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)

～メトトレキサートカプセル2mg「サワイ」処方前のチェックポイント～  
**[処方前には必ず以下の項目を確認してください]**

チェック項目	チェック欄	「 <input type="checkbox"/> 有」にチェックされた場合	
<b>禁忌</b>	妊婦又は妊娠している可能性	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	<b>投与しないでください。</b>
	本剤の成分に対する過敏症の既往歴	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	骨髄抑制	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	慢性肝疾患(B型、C型肝炎等)	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	腎障害(血液透析患者を含む)	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	授乳婦	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	胸水、腹水	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	活動性結核	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
<b>慎重投与</b>	間質性肺炎、肺線維症等の肺障害を合併、又はその既往歴	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	投与の可否を慎重に判断してください。投与する場合は、観察を頻回に行うなど、 <b>慎重に投与してください。</b>
	感染症を合併	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	結核の既感染者	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	非ステロイド性抗炎症剤を投与中	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	水痘患者	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	アルコール常飲者	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
<b>要注意</b>	高齢者	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	<b>投与を極力避けてください。</b> やむを得ず投与する場合は、消化器内科専門医の管理のもと、抗ウイルス薬の予防投与を併用し、慎重にモニタリングしてください。  <b>投与の可否を慎重に検討してください。</b> MTX投与中の再活性化が報告されているので、投与する場合は、慎重にモニタリングしてください。  <b>投与の可否を慎重に検討してください。</b> 抗ウイルス薬治療に関して、まず消化器内科専門医などへの相談を考慮してください。ウイルス性肝炎が増悪する可能性があります。
	B型肝炎ウイルスキャリア	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	B型肝炎ウイルス既往感染患者	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	
	C型肝炎ウイルスキャリア	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	

特記すべきこと

# メトトレキサートカプセル2mg「サワイ」投与中のチェックシート

## ～投与中の確認事項～

- ・メトトレキサートカプセル2mg「サワイ」は、1週間のうちの特定の日に投与するため、患者さんに対して、服用間違いや過量投与(連日服用など)を防止するための十分な服薬指導を行ってください。
- ・骨髄抑制、肝・腎機能障害等の重篤な副作用が起こることがあるので、投与開始前および投与中、4週間ごとに臨床検査(血液検査、肝機能・腎機能検査など)を行うなど、患者さんの状態を十分観察してください。
- ・副作用の前駆症状が現れた場合には、服用を中止して、すぐに医療機関を受診することを患者さんに必ずお伝えください。

「有」「異」にチェックされた場合、投与の中止など、適切な措置を行ってください。

チェック項目\診察・検査日		/	/	/	/
前駆症状	口内炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	咽頭痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	食欲不振	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	倦怠感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
*血	ヘモグロビン (g/dL)	g/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	g/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	g/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	g/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異
	前回値からのヘモグロビン減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	白血球数 (/ $\mu$ L)	/ $\mu$ L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	/ $\mu$ L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	/ $\mu$ L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	/ $\mu$ L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異
	前回値からの白血球数減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	血小板数 ( $\times 10^4$ / $\mu$ L)	$\times 10^4$ / $\mu$ L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	$\times 10^4$ / $\mu$ L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	$\times 10^4$ / $\mu$ L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	$\times 10^4$ / $\mu$ L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異
	前回値からの血小板数減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
*#腎機能	クレアチニン(mg/dL)	mg/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	mg/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	mg/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	mg/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異
	BUN (mg/dL)	mg/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	mg/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	mg/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	mg/dL <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異
*肝機能	AST(GOT) (IU/L)	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異
	ALT(GPT) (IU/L)	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異
	AL-P (IU/L)	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異
	LDH (IU/L)	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異	IU/L <input type="checkbox"/> 正/ <input type="checkbox"/> 異
呼吸器	発熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	咳嗽	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	胸部X線異常所見	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

\* 正常範囲内でも、前回の検査値と比較して大幅な変化があった場合には、投与を中止するなど、より慎重なモニタリングを実施してください。

# クレアチニン・BUNで腎機能障害が疑われる場合は、ただちに投与中止し、シスタチンCの測定等、正確な腎機能の評価を実施してください。