

ヒドロキシクロロキン硫酸塩錠 200mg「サワイ」 を服用されている方へ

お名前

外来受診時(主治医・眼科)とお薬の受け取りのときに毎回お見せください。

主治医 [処方医]

科

先生

医療機関名

◎以下に該当する方は、主治医までご連絡ください。

- ①眼科を1年以上あるいは指示された期間を大幅に超えて受診できていないとき
- ②ヒドロキシクロロキン網膜症が判明したとき

医療機関名

眼科

ヒドロキシクロロキン製剤 服用開始日

年 月 日

7つの眼科検査

- ・視力検査
- ・眼圧検査
- ・細隙灯顕微鏡検査
- ・眼底検査
- ・SD-OCT*
- ・視野検査
- ・色覚検査

*スペクトラルドメイン光干渉断層計

次回検査日

✓済

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日



日本眼科学会雑誌 第120巻第6号p419(2016)

「ヒドロキシクロロキン適正使用のための手引き」

<https://www.nichigan.or.jp/Portals/0/resources/member/guideline/hydroxychloroquine.pdf>