

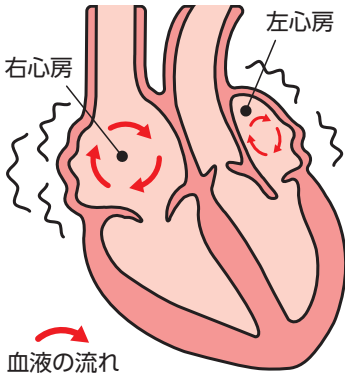
リバーロキサバン「サワイ」
を服用される
心房細動の患者さんへ



沢井製薬株式会社

心房細動とは

心臓の心房という部分が、不規則にふるえる状態のことです。



心房細動が起こると、心房内の血液がよどんで、血のかたまり(血栓)がでやすくなります。

心房内でできた血栓が、血流に乗って脳や全身に運ばれていき、血管をつまらせることがあります。

脳の血管で血栓がつまると、「脳梗塞」が起こります。

心房細動の治療において最も重要なことは、脳梗塞の予防です。

脳梗塞になると、ときに重篤な状態(生命にかかわることもある)になったり、寝たきりなど介護なしでは生活できないほどの重い障害が残る場合があります。

次に当てはまる方は、心房細動による脳梗塞に特に注意が必要です。

- うっ血性心不全の方
- 高血圧の方
- 高齢(75歳以上)の方
- 糖尿病の方
- 脳卒中や一過性脳虚血発作(TIA)を起こしたことがある方

Gage BF, et al. JAMA. 2001 ; 285 : 2864-2870.

リバーロキサバン「サワイ」について

このお薬は、血を固まりにくくすることで、心房細動によって脳梗塞などが起こるのを防ぐ効果が期待されます。

お薬の飲み方

リバーロキサバン「サワイ」は、1日1回、食後に服用します。
飲み忘れると、脳梗塞などが起こるリスクが高くなりますので、毎日きちんと服用を続けましょう。



ビタミンKを豊富に含む食物の
摂取制限はありません*



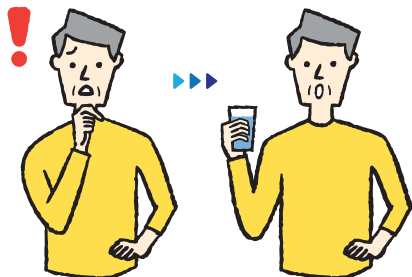
青汁、納豆、緑黄色野菜など

※高血圧や糖尿病などの合併症に対する食事療法については、
今まで通り主治医の指示を守ってください。

お薬を飲み忘れてしまったときは

当日

翌日



飲み忘れに気付いたときに、
すぐに1回分を飲んでください。
決して2回分以上を一度に服用し
ないでください。

次の服用まで
12時間以上
あけてください

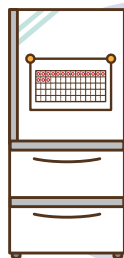


翌日から、毎日1回、
必ず服用してください。

飲み忘れを防ぐために・・・



お薬を飲んだら記録する
などして管理しましょう



目につく場所に
服用した記録を
貼っておきましょう



お薬を飲み忘れて
いないかどうか
ご家族の間で
確認しましょう

処方された
お薬が余ったときは、
医師または薬剤師に
伝えてください。

副作用について

リバーロキサバン「サワイ」を服用すると、血が固まりにくくなる一方で、出血しやすくなったり、血が止まりにくくなったりします。

- ずがない 頭蓋内の出血や消化管の出血など、重大な出血が起こることがあります。

次のような症状があらわれた場合は、脳や内臓など、見えない部位で出血が起こっている可能性があります。すぐに医師に連絡してください。

ひどい頭痛
吐き気・嘔吐
血便・血尿



高血圧の患者さんに気をつけていただきたいこと

血圧が高いほど、頭蓋内出血(脳出血)のリスクが高くなります。

- ・ 普段から、血圧を良好に管理するよう心がけてください。
- ・ ご家庭で測定された血圧値が異常な場合は、主治医に相談してください。
- ・ 毎日、きちんと高血圧のお薬を服用してください。

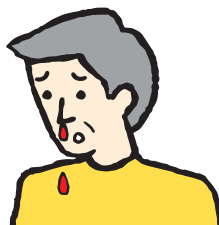
- 鼻や歯ぐきからの出血、皮下出血（あおあざ）が起こりやすくなります。

次のような症状があらわれても、ご自身の判断で服用をやめたり、飲む回数を減らしたりしないでください。

歯ぐきからの出血

鼻血

皮下出血（あおあざ）がしやすい



- 出血が気になる場合は、ご自身で判断せず、**すぐに医師または薬剤師に連絡してください。**

<家庭でできる止血対策>

ケガなどによる出血のとき



タオルなどでしっかりおさえる（圧迫止血）

鼻血のとき



うつぶいて鼻をつまむ

ただし、以下に当てはまる場合は、**すぐに医師に連絡してください。**

- 血便、血尿が出る
- 腫れあがるような皮下出血（あおあざ）がある
- 上記の止血対策を行っても、血が止まらない、鼻血や歯ぐきからの出血が続く
- その他、出血が気になる

- 出血を防ぐために、普段の生活の中で、次の点に注意してください。
 - ・ やわらかい歯ブラシを使って、やさしく歯を磨きましょう。
 - ・ 鼻はやさしくかむようにしましょう。
 - ・ ひげを剃るときは、電気シェーバーを使いましょう。
 - ・ ケガをするおそれのある仕事や運動は、なるべく避けましょう。



**出血のほかに、次のような副作用があらわれることがあります。
症状が認められた場合は、すぐに医師に連絡してください。**

- 肝機能障害、黄疸おうだん
 - ・ 倦怠感(全身のだるさ) ・ 皮膚や白目が黄色くなる など
- 間質性肺疾患かんしつせいはいしつかん
 - ・ 発熱 ・ から咳(痰たんが出ないかわいた咳)
 - ・ 呼吸困難(日常動作で呼吸が苦しい、息が切れる) など
- 急性腎障害
 - ・ 尿の量が少なくなる、尿がほとんど出ない
 - ・ 浮腫ふしゅ(顔や手足がむくむ) など

このほかにも気になる症状があらわれた場合は
医師または薬剤師に相談してください。

服用中の注意点

次のような場合には、**必ず事前に**医師または薬剤師に相談してください。

- ・他の医療機関で治療を受ける場合
- ・歯の治療や内視鏡検査を受ける場合
- ・外科的手術を受ける場合
- ・他の医療機関でお薬を処方された場合や、市販薬を購入する場合

また、**他の医療機関で治療を受ける際は**、お薬手帳や『リバーロキサバン「サワイ」患者カード』などを活用し、このお薬を服用中であることを、医師または薬剤師に伝えてください。

リバーロキサバン「サワイ」(抗凝固薬)を服用しています	
氏名	体重: kg
生年月日	年 月 日 男・女
住所	TEL:
病院名	TEL:
主治医	
錠/OD錠 <input type="checkbox"/> 10mg <input type="checkbox"/> 15mg 1日1回 年 月 日から服用	

リバーロキサバン「サワイ」を服用されている方へ

- ・このカードは、リバーロキサバン「サワイ」の服用中は、常に携帯してください。
- ・他の医院・診療科・歯科医院等を受診される際は、必ずこのカードを提示してください。
- ・主治医または薬剤師の指示どおりに服用してください。
- ・出血などの副作用が気になる場合は、ご自身の判断で服用を中止せず、すぐに主治医へ連絡してください。

GL8RV02PV01 沢井製薬株式会社 2024年12月6日



患者さんの情報

ふりがな 患者氏名	
生年月日	明大 年 月 日 昭平
住所	〒 -
電話番号	自宅： 携帯：
緊急連絡先	氏名： 住所： 電話番号：

初診時 身長・体重	身長： cm 体重： kg BMI：	
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他()	
嗜好品	飲酒頻度	毎日・時々・ほとんど飲まない(飲めない)
	1日あたりの 飲酒量	1合未満・1～2合未満・2～3合未満・3合以上
	喫煙習慣	なし・あり (1日あたり 本)

リバーロキサバン「サワイ」服薬カレンダー

リバーロキサバン「サワイ」の服薬状況や、出血などの症状について「服薬カレンダー」に記録しましょう。

医療機関を受診する際は、医師に本冊子を提示してください。

リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら
○(丸印)を記入しましょう。

出血が起こった場合は、日時と部位、
止血方法などについて、詳しく記入し
てください。



医療機関を受診した場合は、受診日と
施設名を記入してください。

記入例

20XX年 12月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	1日	2日	3日	4日	5日
○	○	○	○	○	○	○
6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日
○	○	○	○	○	○	○
13日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄	12/3 夜8時ごろ鼻をかんだら鼻血が出た。しばらく鼻をつまんだら止まった。						
	12/11 朝起きた時におおあざに気付いた。△△皮膚科へ行ったが特に異常はなかった。						
受診日:	2日	受診日:	11日	受診日:	日	受診日:	日
施設名:	○○総合病院	施設名:	△△皮膚科	施設名:		施設名:	

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄	_____ _____ _____ _____ _____ _____					
	受診日： 日	受診日： 日	受診日： 日	受診日： 日	受診日： 日	受診日： 日
	施設名：	施設名：	施設名：	施設名：	施設名：	施設名：

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や内視鏡検査、外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄							
受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
施設名：		施設名：		施設名：		施設名：	

- 血便、血尿が出る ● 腫^はれあがるような皮下出血(あおあざ)がある
- 止血対策を行っても、血が止まらない ● その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄	_____ _____ _____ _____ _____ _____					
	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
	施設名：		施設名：		施設名：	
	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
	施設名：		施設名：		施設名：	
	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
施設名：		施設名：		施設名：		

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や内視鏡検査、外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄						
						
						
						
						
						
受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
施設名：		施設名：		施設名：		施設名：	

- 血便、血尿が出る ● 腫^はれあがるような皮下出血(あおあざ)がある
- 止血対策を行っても、血が止まらない ● その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄						
						
						
						
						
						
受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
施設名：		施設名：		施設名：		施設名：	

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や内視鏡検査、外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄						
						
						
						
						
						
受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
施設名：		施設名：		施設名：		施設名：	

- 血便、血尿が出る ● 腫^はれあがるような皮下出血(あおあざ)がある
- 止血対策を行っても、血が止まらない ● その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄	_____ _____ _____ _____ _____ _____					
	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
	施設名：		施設名：		施設名：	
	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
	施設名：		施設名：		施設名：	
	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
施設名：		施設名：		施設名：		

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や内視鏡検査、外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄							
受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
施設名：		施設名：		施設名：		施設名：	

- 血便、血尿が出る ● 腫^はれあがるような皮下出血(あおあざ)がある
- 止血対策を行っても、血が止まらない ● その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄						
						
						
						
						
						
受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
施設名：		施設名：		施設名：		施設名：	

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や内視鏡検査、外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄							
受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
施設名：		施設名：		施設名：		施設名：	

- 血便、血尿が出る ● 腫れあがるような皮下出血(あおあざ)がある
- 止血対策を行っても、血が止まらない ● その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄						
						
						
						
						
						
受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
施設名：		施設名：		施設名：		施設名：	

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や内視鏡検査、外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

日	月	火	水	木	金	土
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○
日	日	日	日	日	日	日
○	○	○	○	○	○	○

出血 記入欄						
						
						
						
						
						
受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日	受診日：	日
施設名：		施設名：		施設名：		施設名：	

- 血便、血尿が出る ● 腫^はれあがるような皮下出血(あおあざ)がある
- 止血対策を行っても、血が止まらない ● その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。

sawai



医療機関名