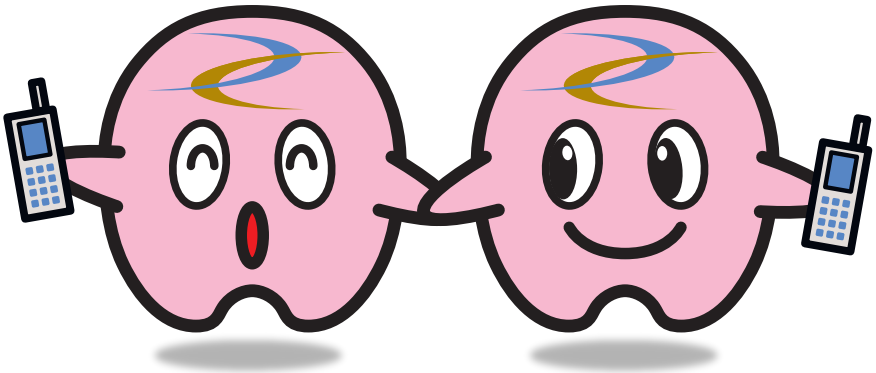
医療関係者用

ネクサバール®錠

問　診　票

ネクサバール®錠を服用されている患者さんが受診された際には、自宅などで起こった副作用をこの問診票に記入してもらいましょう。



ネクサバール®錠問診票の使い方

- ネクサバール®錠の副作用のうち、発現頻度の高い手足症候群などを簡単にチェックできます。
- 患者さんが受診された際、外来待ち時間中などにご記入いただき、診察時の情報のひとつとしてご活用ください。

患者さんの1日の服用状況を記入していただきます

患者さんが医師の指示通りに服用しているか確認します

副作用が発現しているか確認します

手足症候群が発現した期間を記入していただきます

手足症候群が発現している部位をイラストに記入していただきます

どのような症状が発現しているか確認します。重症度のグレードは、1段目が初期症状、2段目が軽症、3段目が中等症・重症に該当します

手足症候群以外の副作用の発現状況を確認します

問診票

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　記入日：　　年　　月　　日

前回の受診から本日の受診までの期間で、以下の内容についてお答えください。

1. 服用状況を教えてください。

①ネクサバール®錠は1日に何錠飲まれていますか？　（　　）錠

②飲み忘れたことはありましたか？

□ありました → [□単に飲み忘れた　□飲み方を勘違いした　□その他（　　）]

□ありませんでした

2. 下記の症状があったか教えてください。

①手や足に違和感や不快感がありましたか？

□ありました【症状があった期間（　　月　　日）～（　　月　　日）】

□ありませんでした

1. どのような症状がありましたか？

□次のような皮膚の違和感［ □ヒリヒリ感　□ピリピリ感　□チクチク感］

□痛みのない次の症状［ □ほてり感　□赤い腫れ　□むくみ　□角質が厚くなる ］

□痛みのある次の症状［ □表皮がはがれる　□水ぶくれ　□出血　□むくみ　□角質が厚くなる ］

2. 症状のあった場所に印をつけてください。

左手の甲　右手の甲　左手のひら　右手のひら　左足の甲　右足の甲　左足の裏　右足の裏

②手や足以外に発疹がありましたか？

□ありました　□ありませんでした

③下痢、水のような便、軟便はありましたか？

□ありました → [□1日に4～6回排便回数が増加した　□1日に7回以上排便回数が増加した　【症状があった期間（　　月　　日）～（　　月　　日）】]

□ありませんでした

④血圧が上がりましたか？

□上がりました → [□上の血圧が140mmHg以上　□下の血圧が90mmHg以上　□両方]

かつ／または

□上がりませんでした

□測っていません → [服用前に比べて、□上の血圧が10mmHg以上上がった　□下の血圧　□両方]

⑤その他、普段と違う症状がありましたか？

□ありました → [□だるさ　□めまい　□食欲がない　□激しい腹痛　□声のかすれ　□せき・息苦しさ　□脱毛　□その他（　　）]

□ありませんでした

3. その他、治療に関して、疑問や不安を感じていることがあれば記入してください。

［　　］

問 診 票

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　記入日：　　年　　月　　日

前回の受診から本日の受診までの期間で、以下の内容についてお答えください。

1. 服用状況を教えてください。

①ネクサバール®錠は1日に何錠飲まれていますか？　（　　）錠

②飲み忘れたことはありましたか？

□ありました →［□単に飲み忘れた　□飲み方を勘違いした　□その他（　　）］

□ありませんでした

2. 下記の症状があったか教えてください。

①手や足に違和感や不快感がありましたか？

□ありました【症状があった期間（　　月　　日）～（　　月　　日）】

□ありませんでした

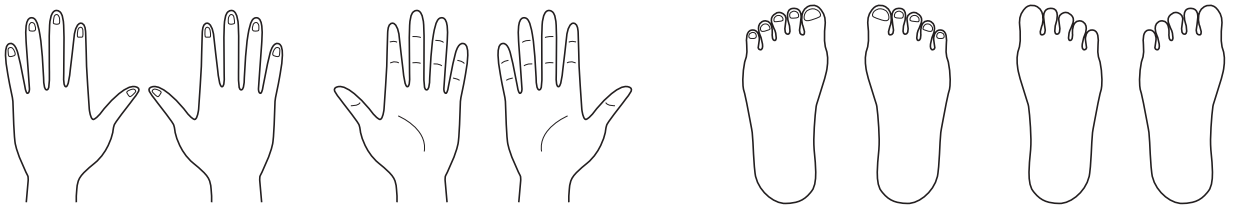
1. どのような症状がありましたか？

□次のような皮膚の違和感［□ヒリヒリ感　□ピリピリ感　□チクチク感］

□痛みのない次の症状［□ほてり感　□赤い腫れ　□むくみ　□角質が厚くなる］

□痛みのある次の症状［□表皮がはがれる　□水ぶくれ　□出血　□むくみ　□角質が厚くなる］

2. 症状のあった場所に印をつけてください。



左手の甲　右手の甲　左手のひら　右手のひら　左足の甲　右足の甲　左足の裏　右足の裏

②手や足以外に発疹がありましたか？

□ありました　□ありませんでした

③下痢、水のような便、軟便はありましたか？

□ありました →［□1日に4～6回排便回数が増加した　□1日に7回以上排便回数が増加した　【症状があった期間（　　月　　日）～（　　月　　日）】］

□ありませんでした

④血圧が上がりましたか？

□上がりました →［□上の血圧が140mmHg以上　□下の血圧が90mmHg以上　□両方］

かつ／または

［服用前に比べて、血圧が10mmHg以上上がった　□上の血圧　□下の血圧　□両方］

□上がりませんでした

□測っていません

⑤その他、普段と違う症状がありましたか？

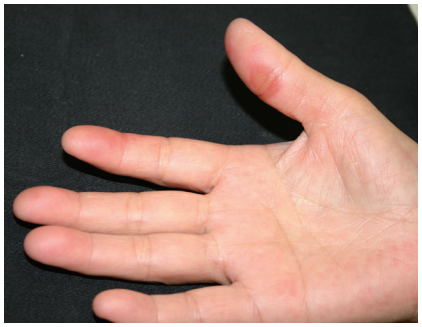
□ありました →［□だるさ　□めまい　□食欲がない　□激しい腹痛　□声のかすれ　□せき・息苦しさ　□脱毛　□その他（　　）］

□ありませんでした

3. その他、治療に関して、疑問や不安を感じていることがあれば記入してください。

［　　］

手足症候群の症状（重症度別）

	症　状
初期症状	見た目は正常な皮膚とほとんど変わりませんが、チクチク感等、皮膚に違和感があります
軽　症	下記のような、痛みを伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎があらわれます ・紅斑（ほてり感、赤い腫れ） ・浮腫（むくみ） ・角質増殖症（角質が厚くなる）
中等症	下記のような、痛みを伴う皮膚の変化があらわれます ・角質剥離（表皮がはがれる） ・水疱（水ぶくれ） ・出血 ・浮腫（むくみ） ・角質増殖症（角質が厚くなる） 下記のような、身の回り以外の日常生活動作の制限を伴います ・食事の準備、買い物、電話の使用、金銭の管理など 
重　症	下記のような、痛みを伴う高度の皮膚の変化があらわれます ・角質剥離（表皮がはがれる） ・水疱（水ぶくれ） ・出血 ・浮腫（むくみ） ・角質増殖症（角質が厚くなる） 下記のような、身の回りの日常生活動作の制限を伴います ・入浴、着衣・脱衣、食事の摂取、トイレの使用、薬の内服など、自立した生活を行う上で必要な最低限の身の回りの動作

バイエル薬品：ネクサバール®の手足症候群がよくわかるQ&A集

弊社製品情報サイト（https://pharma-navi.bayer.jp/nexavar/）をご参照ください。

製造販売元［資料請求先］
バイエル薬品株式会社
大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001
https://byl.bayer.co.jp/
［コンタクトセンター］
0120-106-398
<受付時間> 9:00～17:30（土日祝日・当社休日を除く）

2019年7月作成
PP-NEX-JP-0181-28-05
資材番号 NEX190702

（201907）NEX-10.0（20／ノリ）（RM/HH）