

# リンヴォック錠チェックリスト

名前

年齢

## B・C型肝炎ウイルス検査

HBs抗原( )      HBs抗体( )

HBc抗体( )      HCV抗体( )

(+)の場合、1～3か月ごとのDNA定量検査が必要です  
検査結果が判明次第、情報提供します

併用を避ける薬剤

他のJAK阻害剤、適応疾患の生物製剤

シクロスポリン、タクロリムス、アザチオプリン、ミゾリピン等  
のような免疫抑制剤（局所製剤以外）

確認事項	疑義照会基準	/	/	/	/	/	/	/
白血球数	2000/mm <sup>3</sup> 未満							
Hb	8g/dL未満							
重度の肝機能障害	AST/ALT (100/100以上)	AST/ALT ( / )	AST/ALT ( / )	AST/ALT ( / )	AST/ALT ( / )	AST/ALT ( / )	AST/ALT ( / )	AST/ALT ( / )
重篤な感染症	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
併用を避ける薬剤	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
活動性結核	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
妊娠	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
皮膚症状	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
発熱・咳嗽 呼吸困難など	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
その他特記事項								

※疑義照会基準に該当する場合など、必要に応じてフィードバックをお願いいたします。