

2024年度

ゴナックス®を使用されている方へ

来院カレンダー

はじめに

この小冊子は、治療の記録としてご活用いただくための手帳となっております。

ゴナックス[®]はGnRHアンタゴニストという作用機序のお薬です。精巣から分泌される男性ホルモンを速やかに抑えることで前立腺がんの進行を抑制します。

ゴナックス[®]による治療を受けるにあたっては、この小冊子をセルフケアの助けとし、また医師、看護師とのコミュニケーションツールとしていただければ幸いです。

この小冊子の使い方

- 次回の注射予定日を記入して、忘れないようにしましょう。
- 同じ部位への注射とならないように、注射部位を正しく記録しましょう。
- 血液検査をしてPSA*の値を調べた時には、忘れずに記録し、治療経過を確認しましょう。

※PSA(前立腺特異抗原)

前立腺の細胞で作られる糖たんぱく質で、がんを含め前立腺の病気があると、この物質が血液中に流れ出る量が増えます。

ゴナックス®による治療を受ける際の注意

- 予定表に従って、指定された日に診察や注射を受けるようにしてください。
- 予定日を変更したい場合は、医師にご相談ください。

お名前

副作用

ゴナックス®でみられる主な副作用は、注射部位反応です。

注射部位反応は注射後1～2日後に多く起こりますが、通常、数週間～1カ月程でよくなります。

注射部位を

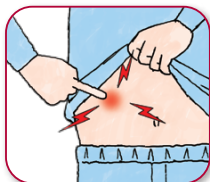
- ・ 搔かない
- ・ もまない
- ・ こすらない
- ・ 触らない
- ・ 圧迫しない

ください。

症状の改善がみられない場合は、我慢せずに医師または看護師にご相談ください。

● ご自宅でできる注射部位反応のセルフケア

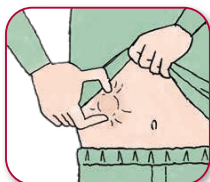
注射部位の痛みは、患部を冷やすことで和らぐことがあります。冷やす際には、注射部位を圧迫しないよう注意してください。



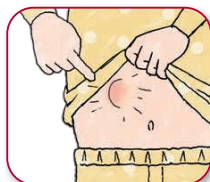
注射部位 疼痛



注射部位 紅斑



注射部位 硬結



注射部位 腫脹



注射部位 熱感



注射部位 そう痒感

その他にみられる副作用

主な副作用として、注射部位反応以外にもほてり、高血圧、体重増加、発熱、倦怠感などが報告されています。

このような症状に気づいたら、担当の医師または薬剤師に相談してください。

治療スケジュール 確認カレンダー

2023		12					DECEMBER
日	月	火	水	木	金	土	
26	27	28	29	30	1	2	
3	4	5	6	7	8	9	
10	11	12	13	14	15	16	
17	18	19	20	21	22	23	
24 31	25	26	27	28	29	30	

2024		1					JANUARY
日	月	火	水	木	金	土	
31	1	2	3	4	5	6	
7	8	9	10	11	12	13	
14	15	16	17	18	19	20	
21	22	23	24	25	26	27	
28	29	30	31	1	2	3	

2024

2

FEBRUARY

日	月	火	水	木	金	土
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	1	2

2024

3

MARCH

日	月	火	水	木	金	土
25	26	27	28	29	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24 31	25	26	27	28	29	30

治療スケジュール 確認カレンダー

2024		4					APRIL
日	月	火	水	木	金	土	
31	1	2	3	4	5	6	
7	8	9	10	11	12	13	
14	15	16	17	18	19	20	
21	22	23	24	25	26	27	
28	29	30	1	2	3	4	

2024		5					MAY
日	月	火	水	木	金	土	
28	29	30	1	2	3	4	
5	6	7	8	9	10	11	
12	13	14	15	16	17	18	
19	20	21	22	23	24	25	
26	27	28	29	30	31	1	

2024

6

JUNE

日	月	火	水	木	金	土
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23 30	24	25	26	27	28	29

2024

7

JULY

日	月	火	水	木	金	土
30	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3

治療スケジュール 確認カレンダー

2024		8					AUGUST
日	月	火	水	木	金	土	
28	29	30	31	1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10	
11	12	13	14	15	16	17	
18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	

2024		9					SEPTEMBER
日	月	火	水	木	金	土	
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	1	2	3	4	5	

2024

10

OCTOBER

日	月	火	水	木	金	土
29	30	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	1	2

2024

11

NOVEMBER

日	月	火	水	木	金	土
27	28	29	30	31	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

治療スケジュール 確認カレンダー

2024		12					DECEMBER
日	月	火	水	木	金	土	
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31	1	2	3	4	

2025		1					JANUARY
日	月	火	水	木	金	土	
29	30	31	1	2	3	4	
5	6	7	8	9	10	11	
12	13	14	15	16	17	18	
19	20	21	22	23	24	25	
26	27	28	29	30	31	1	

2025

2

FEBRUARY

日	月	火	水	木	金	土
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	1

2025

3

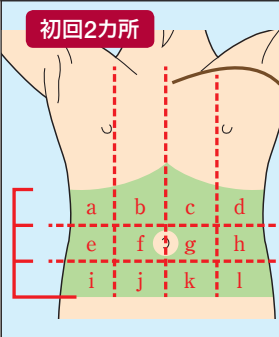
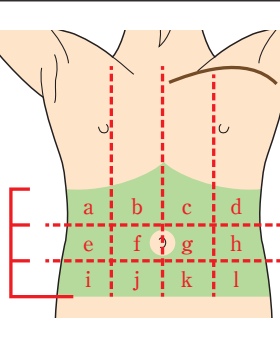
MARCH

日	月	火	水	木	金	土
23	24	25	26	27	28	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23 30	24 31	25	26	27	28	29

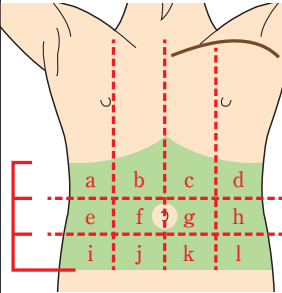
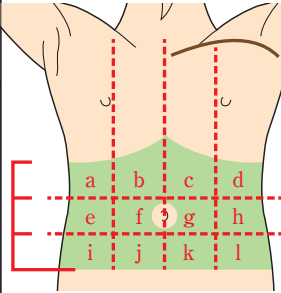
ゴナックス® 注射予定表

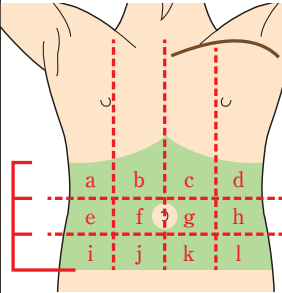
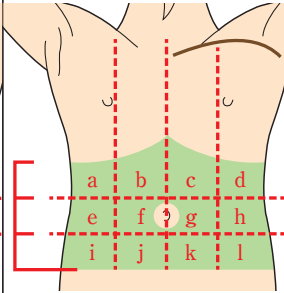
● 記入例

	初 回	2回目以降
注射日	2024年 1 月 4 日(木)	2024年 2 月 1 日(木)
注射部位		
PSA値 (ng/mL)	24.7	4.5
次回注射日	2024年 2 月 1 日(木) 10 時 00分	2024年 2 月 29 日(木) 10 時 00分
メモ (気になったことなど)	注射部位が3日間痛かった。	注射部位に○を記入してください。

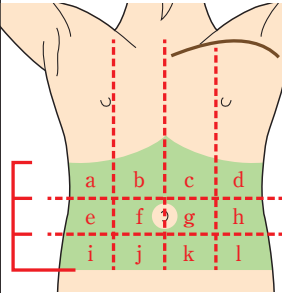
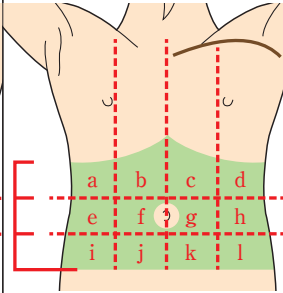
	初 回	2回目以降
注射日	年 月 日()	年 月 日()
注射部位	<div style="text-align: center;"> 初回2力所 </div> 	
PSA値 (ng/mL)		
次回 注射日	年 月 日() 時 分	年 月 日() 時 分
メモ (気になったことなど)		

ゴナックス® 注射予定表

	2回目以降	
注射日	年 月 日()	年 月 日()
注射部位		
PSA値 (ng/mL)		
次回 注射日	年 月 日() 時 分	年 月 日() 時 分
メモ (気になったことなど)		

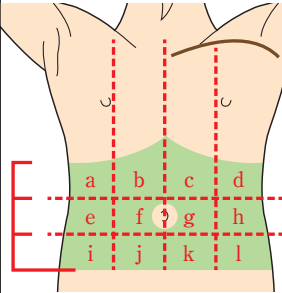
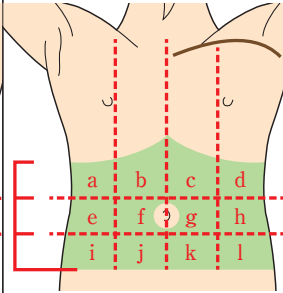
	2回目以降	
注射日	年 月 日()	年 月 日()
注射部位		
PSA値 (ng/mL)		
次回 注射日	年 月 日() 時 分	年 月 日() 時 分
メモ (気になったことなど)		

ゴナックス® 注射予定表

	2回目以降	
注射日	年 月 日()	年 月 日()
注射部位		
PSA値 (ng/mL)		
次回注射日	年 月 日() 時 分	年 月 日() 時 分
メモ (気になったことなど)		

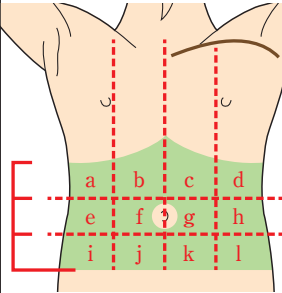
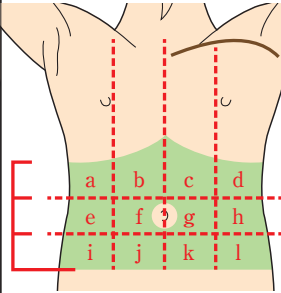
	2回目以降	
注射日	年 月 日()	年 月 日()
注射部位		
PSA値 (ng/mL)		
次回 注射日	年 月 日() 時 分	年 月 日() 時 分
メモ (気になったことなど)		

ゴナックス® 注射予定表

	2回目以降	
注射日	年 月 日()	年 月 日()
注射部位		
PSA値 (ng/mL)		
次回 注射日	年 月 日() 時 分	年 月 日() 時 分
メモ (気になったことなど)		

	2回目以降	
注射日	年 月 日()	年 月 日()
注射部位		
PSA値 (ng/mL)		
次回 注射日	年 月 日() 時 分	年 月 日() 時 分
メモ (気になったことなど)		

ゴナックス® 注射予定表

	2回目以降	
注射日	年 月 日()	年 月 日()
注射部位		
PSA値 (ng/mL)		
次回 注射日	年 月 日() 時 分	年 月 日() 時 分
メモ (気になったことなど)		

		2回目以降	
注射日	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()
注射部位			
PSA値 (ng/mL)			
次回 注射日	年 月 日() 時 分	年 月 日() 時 分	年 月 日() 時 分
メモ (気になったことなど)			



フェリング・ファーマ 株式会社

医療機関名