

ヒドロキシクロロキン硫酸塩錠「DSEP」 を服用されている方へ

サポートカード

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

「ヒドロキシクロロキン
硫酸塩錠「DSEP」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

第一三共エスファ株式会社

EPHYD1P00601-1
2024年10月作成

医療機関名

眼科

ヒドロキシクロロキン硫酸塩錠「DSEP」服用開始日

年 月 日

7つの眼科検査	次回検査日	✓ 済
・視力検査	年 月 日	<input type="checkbox"/>
・細隙灯顕微鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/>
・眼圧検査	年 月 日	<input type="checkbox"/>
・眼底検査	年 月 日	<input type="checkbox"/>
・SD-OCT	年 月 日	<input type="checkbox"/>
・視野検査	年 月 日	<input type="checkbox"/>
・色覚検査	年 月 日	<input type="checkbox"/>



日本眼科学会雑誌 第120巻第6号 p.419

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>