

「リジュセア®ミニ点眼液 0.025%」による治療を受けられる方へ

1. 疾患の説明とあなたが受ける治療

- 近視は眼球が前後に伸びて、ピントが網膜に合わずにモノや字がぼやけて見える状態です。また、眼球の伸びは身体の成長と関連しており、低年齢の頃に速く伸びる可能性があります。
- 小児の近視の（人口）割合は増加しており、小学生の約4割、高校生の約7割が裸眼視力1.0未満と報告されております。その背景には、外遊び時間の減少や、近くを見る作業が増えたことなどライフスタイルの変化が原因と考えられています。
- 近視は進行すると、大人になってから緑内障などの目の病気になる可能性が高くなると言われています。
- 近視進行抑制治療の目的は、小児期にできるだけ近視が強くなるのを避けることで、将来の見え方を守り、目の病気になる可能性を低下させることです。
- 治療以外の対策としては、普段の生活では屋外で過ごす時間を増やすほか、近くを見続けないように注意することが大切です。

2. 有効成分

- リジュセア®ミニ点眼液0.025%はアトロピン硫酸塩水和物を主成分とする点眼剤です。

3. 効能・効果

- この薬は眼球の前後の長さが伸びるのを抑えることで近視の進行を抑制することが期待できます。

4. 副作用

- 主な副作用として、羞明（まぶしく感じる）、霧視（かすんで見える）などが報告されています。これらの症状、その他にも何らかの異常が現れた場合には、直ちに医師にご相談ください。

5. 用法・用量（この薬の使い方）

- 通常、1回1滴を1日1回就寝前に点眼します。必ず指示された使用方法に従ってください。
- 点眼し忘れた場合は、忘れた分は点眼せず、次の就寝前に1回1滴を1日1回点眼してください。1日に2回点眼したり、1回に2滴点眼してはいけません。

6. 治療を受ける際の注意点

【治療開始前】

- 次のような方は注意が必要な場合があります。必ず担当の医師や薬剤師に伝えてください。
 - 以前に薬や食べ物で、かゆみ、発疹などのアレルギー症状が出たことがある。緑内障、狭隅角や浅前房などの眼圧上昇の素因がある。
 - 他に薬などを使っている（お互いに作用を強めたり、弱めたりする可能性もありますので、他に使用中の一般用医薬品や食品も含めて注意してください）。
- 本治療は、近視の進行を抑えることを目的としています。ただし、完全に近視の進行を止めることはできません。
- この治療は視力を回復させるものではありませんので、近視の程度に応じて眼鏡等での視力矯正が別途必要となります。

【治療中】

- 点眼後、一時的に目がかすんだり、まぶしく見えたりすることがありますので、必ず就寝前に点眼してください。就寝前に点眼しても、翌日までまぶしく見えることがあります。症状が回復するまでは落下の恐れがある遊具の使用、自転車や自動車などの運転、機械の操作は行わないでください。必要に応じてサングラスをかけるなど、太陽の光や強い光を直接見ないようにしてください。
- 治療期間中および中止後は、定期的に眼科を受診して、近視の進行状況を確認する検査を受けてください。
- 医師の指示なしに、点眼するのを止めないでください。近視が急激に進行することがあります。

7. 選定療養に伴う注意事項

- リジュセア®ミニ点眼液 0.025%による近視進行抑制治療は選定療養の対象となりますので、リジュセア®ミニ点眼液 0.025%のお薬代はすべて自費となります。
- 診察や近視治療の検査費用は保険診療となりますが、検査の内容や回数には制限があります。ただし、眼鏡処方やコンタクトレンズ処方、近視以外の疾患の検査や診察は回数の制限に含まれません。通常通り保険診療となります。
- リジュセア®ミニ点眼液 0.025%の治療を途中で中止した場合、一旦処方した点眼薬については原則として返品・返金に応じることはできませんのでご了承下さい。

8. 費用

- 治療開始日
 - 診察・近視治療の検査費用：保険診療
 - 点眼薬費用（4,380 円／30 本入り 1 箱）（1 か月分処方）
- 2 回目（初回から 1 ヶ月後）
 - 診察・近視治療の検査費用：保険診療
 - 点眼薬費用（13140 円／30 本入り 3 箱）（3 か月分処方）
- 3 回目以降（6 か月毎）
 - 診察・近視治療の検査費用：保険診療
 - 点眼薬費用（4,380 円／30 本入り 1 箱）×（最大 6 か月分まで）

※価格はすべて税込価格になります。

※分かりにくい用語については医師におたずねください。

リジュセア®ミニ点眼液 0.025%による治療に対する同意書

私は医師より「近視進行抑制治療」およびリジュセア®ミニ点眼液 0.025%による治療の説明を受け、十分に理解し納得しましたので、治療を受けることに同意します。

同 意 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所： _____

氏 名： _____

保 護 者 氏 名： _____

説 明 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院・診療所名： _____ なす眼科クリニック _____

医 師 名： _____ 那須 貴臣 _____