

BCG膀胱内注入療法を受ける  
患者の皆さんへ

# BCG膀胱内注入療法について



監修

慶應義塾大学 医学部 泌尿器科学教室 教授 大家基嗣 先生

## ● はじめに ●

この冊子ではBCG(ビーシージー)膀胱内注入

療法について正しく理解していただくために、お薬

の効果、副作用や治療を受ける際の注意点など

について解説しています。ぜひご一読ください。

わからないことや疑問に思ったことがあれば、

医師・看護師・薬剤師などの医療スタッフに遠慮

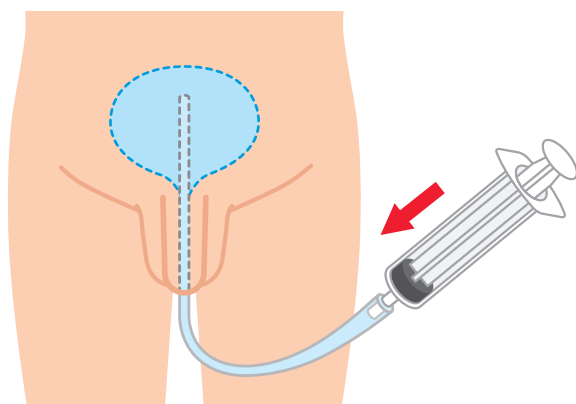
なくお尋ねください。

BCG膀胱内注入療法は、効果、副作用、  
治療の注意点についてきちんと理解し  
てお受けください。



# 膀胱内注入療法とは

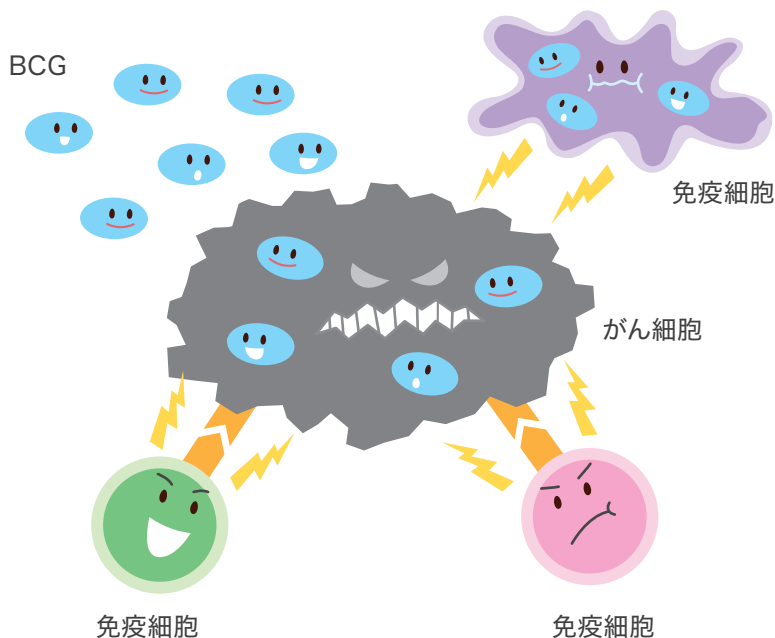
あなたの膀胱がんを治療し、またはがんの再発を抑えるために、膀胱内にお薬を注入する「膀胱内注入療法」を行います。膀胱内に注入するお薬は抗がん薬とBCGがあり、一般的に抗がん薬よりもBCGのほうが治療効果は高いことが報告されていますが、一方でBCGは抗がん薬よりも副作用が多いことがわかっています。膀胱がんの性質（再発のしやすさなど）によって医師が適切なお薬を提案します。



膀胱内注入療法の具体的な方法は、細い管(カテーテル)を通じてお薬(BCGなど)を溶かした溶液をあなたの膀胱の中に静かに注入します。一定の時間膀胱の中に溶液を保持し膀胱の粘膜全体に接触させます。その後排尿してもらいます。一般的には外来で行える処置です。

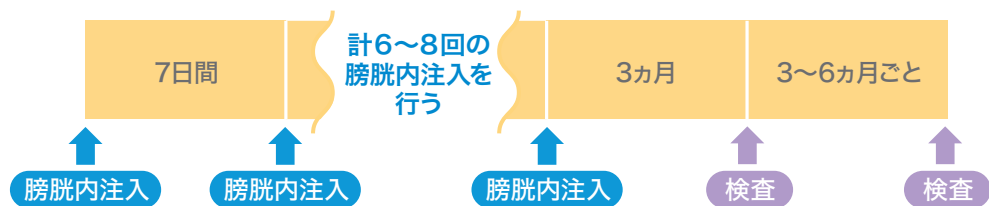
# BCGについて

BCG膀胱内注入療法で使用するBCGは、ウシ型結核菌を弱毒化した生きた菌で、結核予防ワクチンのBCGと同じ菌です。この生きた菌を膀胱内に注入すると、BCGはがんが付着してがん細胞の中に取り込まれます。その後、あなたの体がBCGに対する免疫反応を起こし、この免疫反応ががん細胞を攻撃してがん細胞の増殖や再発を抑える働きをするといわれています。その一方で、BCGに対する免疫反応により、発熱や膀胱刺激症状などが副作用として現れます。



# 治療のスケジュール

この治療は1週間に1回のBCG膀胱内注入を6～8回繰り返し行うのが標準的です。場合によっては医師の判断で追加の膀胱内注入を行うこともあります。



膀胱がんは再発しやすいので、BCG膀胱内注入療法が終わった後も定期的な外来通院を忘れずに。

# ご注意いただきたいこと

## ！ 治療前



治療2時間前からは、できるだけ水分を控えて、  
排尿を済ませておいてください。

## ！ 膀胱内注入後の最初の尿には BCGが出てくるため、尿の消毒が必要です

BCG膀胱内注入療法は、生きたBCGを膀胱内に注入する治療です。  
で、治療後は膀胱の中のBCGが尿と一緒に出てきます。

尿に出てきたBCGで家族の方や看護する方が感染したという報告は  
ありませんが、念のため消毒しておいたほうが安心です。**膀胱内注入後  
初めての排尿は、医師または看護師の指示に従って処理してください。**  
膀胱に注入したBCGの大部分は最初の尿に出てきますので、2回目から  
は消毒の必要はありません。



## 治療後



治療を受けた当日とその翌日は尿をたくさん出すために、できるだけ水分をとりましょう。



# BCG膀胱内注入療法の副作用

## よくみられる症状

- 頻尿(トイレの回数が増えた)
- 排尿の時、痛みがある
- 尿に血が混じる

通常は2～3日でおさまります。



BCG膀胱内注入後、尿に大きな血のかたまりがたくさん混じる場合や、3日を過ぎても頻尿の症状がとても強い場合などは担当医師にご相談を。

- 熱がある(37～38℃台)

通常は1～2日で下がります。



BCG膀胱内注入後、38℃以上の熱が2日間よりも長く続く場合はすぐに病院までご連絡ください。



まれな症状ですが、下記のような症状が起きた際には  
病院にご連絡ください。

- ひざ、肩、ひじの関節が痛む



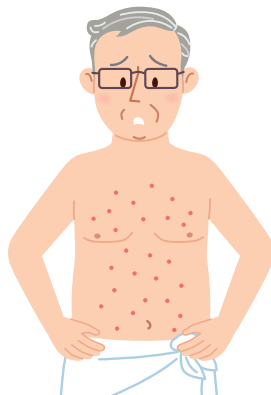
- 眼のかゆみ、充血、腫れがある



- 痰のない咳が続く、息苦しさを  
感じる(特に発熱を伴う)



- 体に発疹、蕁麻疹が出た  
(特に咳を伴う)



# 日々の治療経過を記録しましょう

BCG膀胱内注入  回目

| 日付                            | BCG注入当日<br>月 日                                                                                    | 1日後<br>月 日                                                 | 2日後<br>月 日                                                 |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| BCG注入後の症状（該当する項目に☑を記入してください。） |                                                                                                   |                                                            |                                                            |
| 排尿時の痛み                        | 1. 痛みはない<br>     | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                |
|                               | 2. 軽い痛み<br>      | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                |
|                               | 3. 強い痛み<br>      | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                |
|                               | 4. がまんできない<br> | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                |
| 頻尿                            | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| 尿に血が混じる                       | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| 体温                            | ℃                                                                                                 | ℃                                                          | ℃                                                          |

気になる症状があればご記入ください



| 3日後<br>月 日                                                 | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                |
| 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                |
| 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                |
| 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          |

気になる症状があればご記入ください

# 日々の治療経過を記録しましょう

| BCG膀胱内注入 <input type="text"/> 回目 |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 日付                               | BCG注入当日<br>月 日                                                                                    | 1日後<br>月 日                                                 | 2日後<br>月 日                                                 |                             |
| BCG注入後の症状（該当する項目に☑を記入してください。）    |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
| 排尿時の痛み                           | 1. 痛みはない<br>     | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 2. 軽い痛み<br>      | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 3. 強い痛み<br>      | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 4. がまんできない<br> | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/> |
| 頻尿                               | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 尿に血が混じる                          | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 体温                               | ℃                                                                                                 | ℃                                                          | ℃                                                          |                             |

気になる症状があればご記入ください



| 3日後<br>月 日                                                 | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                |
| 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                |
| 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                |
| 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          |

気になる症状があればご記入ください

# 日々の治療経過を記録しましょう

BCG膀胱内注入  回目

| 日付                            | BCG注入当日<br>月 日                                                                                    | 1日後<br>月 日                                                 | 2日後<br>月 日                                                 |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| BCG注入後の症状（該当する項目に☑を記入してください。） |                                                                                                   |                                                            |                                                            |
| 排尿時の痛み                        | 1. 痛みはない<br>     | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                |
|                               | 2. 軽い痛み<br>      | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                |
|                               | 3. 強い痛み<br>      | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                |
|                               | 4. がまんできない<br> | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                |
| 頻尿                            | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| 尿に血が混じる                       | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| 体温                            | ℃                                                                                                 | ℃                                                          | ℃                                                          |

気になる症状があればご記入ください



| 3日後<br>月 日                                                 | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                |
| 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                |
| 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                |
| 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          |

気になる症状があればご記入ください

# 日々の治療経過を記録しましょう

| BCG膀胱内注入 <input type="text"/> 回目 |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 日付                               | BCG注入当日<br>月 日                                                                                    | 1日後<br>月 日                                                 | 2日後<br>月 日                                                 |                             |
| BCG注入後の症状（該当する項目に☑を記入してください。）    |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
| 排尿時の痛み                           | 1. 痛みはない<br>     | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 2. 軽い痛み<br>      | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 3. 強い痛み<br>      | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 4. がまんできない<br> | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/> |
| 頻尿                               | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 尿に血が混じる                          | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 体温                               | ℃                                                                                                 | ℃                                                          | ℃                                                          |                             |

気になる症状があればご記入ください





| 3日後<br>月 日                                                 | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                |
| 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                |
| 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                |
| 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          |

気になる症状があればご記入ください

# 日々の治療経過を記録しましょう

| BCG膀胱内注入 <input type="text"/> 回目 |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 日付                               | BCG注入当日<br>月 日                                                                                    | 1日後<br>月 日                                                 | 2日後<br>月 日                                                 |                             |
| BCG注入後の症状（該当する項目に☑を記入してください。）    |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
| 排尿時の痛み                           | 1. 痛みはない<br>     | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 2. 軽い痛み<br>      | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 3. 強い痛み<br>      | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 4. がまんできない<br> | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/> |
| 頻尿                               | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 尿に血が混じる                          | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 体温                               | ℃                                                                                                 | ℃                                                          | ℃                                                          |                             |

気になる症状があればご記入ください



| 3日後<br>月 日                                                 | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                |
| 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                |
| 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                |
| 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          |

気になる症状があればご記入ください

# 日々の治療経過を記録しましょう

| BCG膀胱内注入 <input type="text"/> 回目 |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 日付                               | BCG注入当日<br>月 日                                                                                    | 1日後<br>月 日                                                 | 2日後<br>月 日                                                 |                             |
| BCG注入後の症状（該当する項目に☑を記入してください。）    |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
| 排尿時の痛み                           | 1. 痛みはない<br>     | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 2. 軽い痛み<br>      | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 3. 強い痛み<br>      | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 4. がまんできない<br> | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/> |
| 頻尿                               | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 尿に血が混じる                          | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 体温                               | ℃                                                                                                 | ℃                                                          | ℃                                                          |                             |

気になる症状があればご記入ください



| 3日後<br>月 日                                                 | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                |
| 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                |
| 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                |
| 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          |

気になる症状があればご記入ください

# 日々の治療経過を記録しましょう

| BCG膀胱内注入 <input type="text"/> 回目 |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 日付                               | BCG注入当日<br>月 日                                                                                    | 1日後<br>月 日                                                 | 2日後<br>月 日                                                 |                             |
| BCG注入後の症状（該当する項目に☑を記入してください。）    |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
| 排尿時の痛み                           | 1. 痛みはない<br>     | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 2. 軽い痛み<br>      | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 3. 強い痛み<br>      | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 4. がまんできない<br> | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/> |
| 頻尿                               | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 尿に血が混じる                          | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 体温                               | ℃                                                                                                 | ℃                                                          | ℃                                                          |                             |

気になる症状があればご記入ください



| 3日後<br>月 日                                                 | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                |
| 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                |
| 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                |
| 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          |

気になる症状があればご記入ください

# 日々の治療経過を記録しましょう

| BCG膀胱内注入 <input type="text"/> 回目 |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 日付                               | BCG注入当日<br>月 日                                                                                    | 1日後<br>月 日                                                 | 2日後<br>月 日                                                 |                             |
| BCG注入後の症状（該当する項目に☑を記入してください。）    |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
| 排尿時の痛み                           | 1. 痛みはない<br>     | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 2. 軽い痛み<br>      | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 3. 強い痛み<br>      | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 4. がまんできない<br> | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/> |
| 頻尿                               | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 尿に血が混じる                          | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 体温                               | ℃                                                                                                 | ℃                                                          | ℃                                                          |                             |

気になる症状があればご記入ください





| 3日後<br>月 日                                                 | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                |
| 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                |
| 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                |
| 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          |

気になる症状があればご記入ください

# 日々の治療経過を記録しましょう

| BCG膀胱内注入 <input type="text"/> 回目 |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 日付                               | BCG注入当日<br>月 日                                                                                    | 1日後<br>月 日                                                 | 2日後<br>月 日                                                 |                             |
| BCG注入後の症状（該当する項目に☑を記入してください。）    |                                                                                                   |                                                            |                                                            |                             |
| 排尿時の痛み                           | 1. 痛みはない<br>     | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 2. 軽い痛み<br>      | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 3. 強い痛み<br>      | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/> |
|                                  | 4. がまんできない<br> | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/> |
| 頻尿                               | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 尿に血が混じる                          | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/>                                        | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |                             |
| 体温                               | ℃                                                                                                 | ℃                                                          | ℃                                                          |                             |

気になる症状があればご記入ください



| 3日後<br>月 日                                                 | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               | ( )日後<br>月 日                                               |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                | 1. <input type="checkbox"/>                                |
| 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                | 2. <input type="checkbox"/>                                |
| 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                | 3. <input type="checkbox"/>                                |
| 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                | 4. <input type="checkbox"/>                                |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> | ない <input type="checkbox"/><br>ある <input type="checkbox"/> |
| ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          | ℃                                                          |

気になる症状があればご記入ください

緊急時・夜間連絡先

