

HAEの悩み解決をサポート

HAE患者さんとご家族のためのアプリ



iPhone & Android



発作の始まりや終わり、強さ、発作の部位などを簡単に記録することができます。また、ご家族を守るためのHAEを伝える、ファミリーツリーを作成するという機能もあります。



もっとHAEについて知る

遺伝性血管性浮腫(HAE)の情報サイト

腫れ・腹痛ナビ



www.harefukutsuu-hae.jp/

腫れ・腹痛ナビは、HAEについての情報サイトです。症状、診断、治療、医療費助成制度について詳しく解説しています。症状チェックシートでセルフチェックを行うこともできます。HAEの診断・治療を行える施設の検索と連動しています。



タクザイロ[®]皮下注300mgシリンジによる 治療を受けられる患者さんへ

治療日誌

監修：大澤 勲 先生(埼玉草加病院 院長)



医療機関名



武田薬品工業株式会社

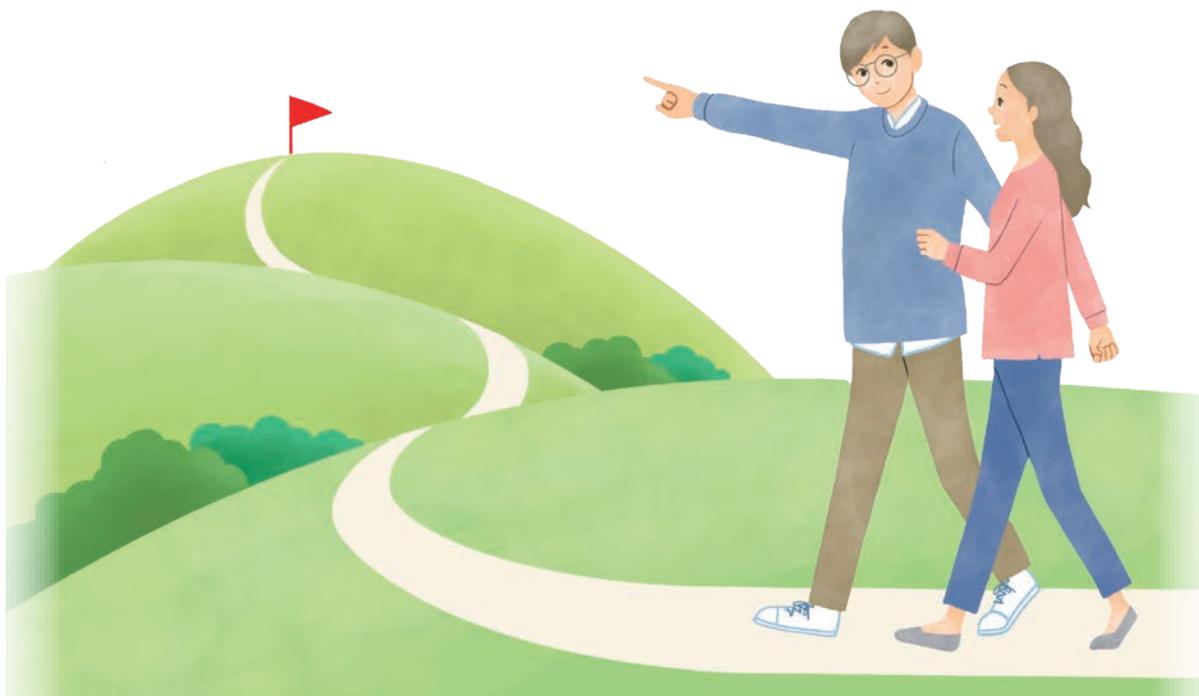
はじめに

この冊子は、タクザイロ®による治療を受けられる患者さんが、治療の状況や症状・体調の変化などを記録するためにお使いいただけます。

これらの記録は、タクザイロ®を正しくお使いいただき、患者さんご自身がご自分の体調を正しく把握するために大切です。

受診の際にお持ちいただき、医師とのコミュニケーションにお役立てください。

また、すべての記録ページに記入し終わった場合も、一定期間、お手元に保管していただくことで、治療の経過や長期的な症状の変化の確認などに役立ちます。



私のこと/治療のこと

この記録は、万が一の緊急時に役に立つ情報です。
ご不明な部分は受診時に主治医に記入してもらってください。

お名前		男性		女性			
連絡先							
生年月日	年	月	日	血液型	A O	・	B AB
治療開始日	年	月	日				
自己注射開始日	年	月	日				
遺伝性血管性浮腫(HAE)以外に治療中の病気							
病名							
お薬							
病名							
お薬							
あなたがかかっている医療機関について							
医療機関名							
医療機関の電話番号							
主治医のお名前							

遺伝性血管性浮腫(HAE)の治療目標

**HAEの治療目標は、
血管性浮腫の発作を起こさないことです。**

新しい治療法の登場や、疾患管理が改善されたことによって、現在は多くの患者さんにおいて、HAE発作のコントロールが可能になっています。

発作の発症を抑制するための日々の治療と、万が一、発作が起きてしまった時の治療、その両方を適切に行っていくことで、安心して毎日を過ごすことが可能になります。

HAEの治療で重要なこと

HAE発作を適切にコントロールするためには、以下の2つが大切になります。

- **処方された発作の発症抑制薬を定期的に正しく使用しましょう。**

発作の回数が減った場合も、ご自身の判断でお薬の使用を減らしたり中止したりしないようにしてください。

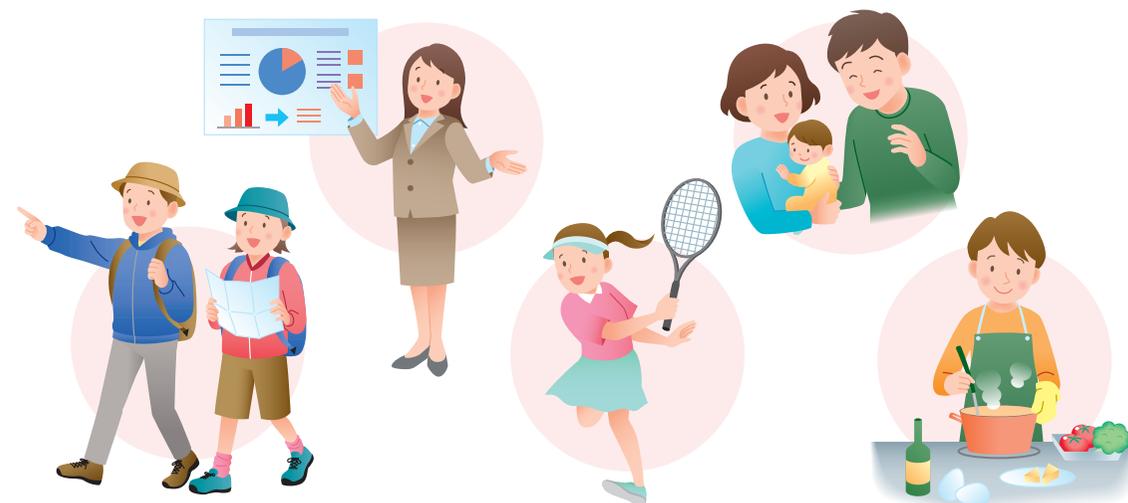
- **発作時の治療薬も常に正しく使用できるようにしておき、発作に備えておきましょう。**

医師の指示に従って、お薬を正しく使用してください。

Wish list ~私のやりたいこと~

**HAEの治療を適切に行って、
安心した毎日を過ごせるようになったら、
チャレンジしたいことを書いてみましょう。**

1年後に振り返って、チャレンジできたことにチェックを入れましょう。



タクザイロ®による治療を受けるにあたって

タクザイロ®とは

タクザイロ®は、
HAEの発作を長期的に抑制するためのお薬です。

HAE患者さんの多くは、生まれつき体内にある「C1インヒビター」というたんぱく質の量が少ない、あるいは働きが弱いことから、血管内で「ブラジキニン」という物質が増えすぎてしまい、その結果、浮腫が起こります。

タクザイロ®の成分である「ラナデルマブ」は、ブラジキニン産生のきっかけとなる「カリクレイン」という物質の働きを抑えます。それにより、ブラジキニンの増加にブレーキがかかり、発作の発症を抑制することが可能となります。

HAEの発作はいつ起こるかの予測が難しく、軽い発作を繰り返していた患者さんでも突然重篤な発作が起こることもあります。そのため、激しい痛みや命を落とす危険を避け、定期的にお薬を投与することは大切な治療です。

タクザイロ®の副作用について

タクザイロ®の使用期間中には、副作用があらわれることがあります。体調の異常などを感じた場合は、すぐに医師や薬剤師、看護師に相談してください。

特に注意が必要な副作用

アナフィラキシー

アナフィラキシー*が起こることがあるので、全身のかゆみ、じんま疹、のどのかゆみ、ふらつき、息苦しい、動悸などの症状が認められた場合には速やかに投与を中止し、医師にご確認ください。

注射部位反応

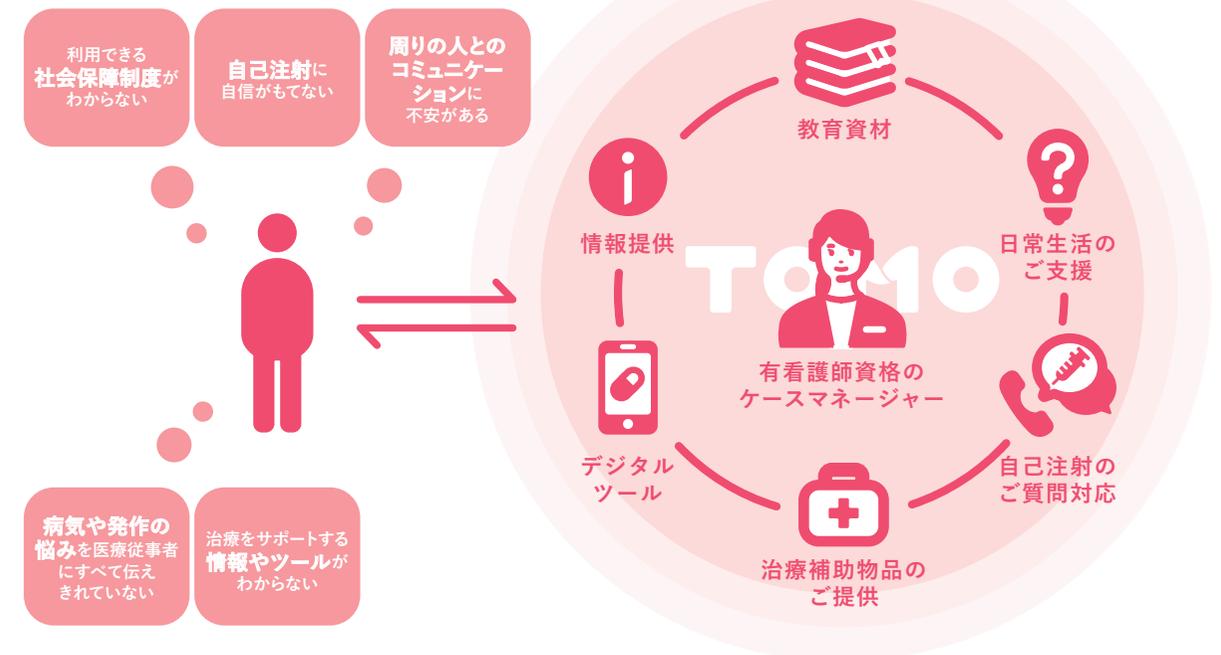
痛くなる、赤くなる、腫れる、内出血、不快感がある、出血する、かゆくなる、熱くなる(熱をもつ、火照る)、かたくなるなど。

*アレルギーなどの侵入により、全身にアレルギー症状が起こる過敏反応

TOMO タクザイロ®使用患者さん向けのサポートプログラムのご紹介

患者サポートプログラム「TOMO」は、患者さんやご家族が望ましい健康状態をめざし、安心して日々を過ごすお手伝いを提供するプログラムです。

こんなお困りごとはありませんか？



01. 患者さんやご家族の抱えるお悩みや日常生活におけるご不便を解消するために生まれました
02. 看護師資格を有した専任の担当者が1対1で、継続してご対応します
03. 担当者が、幅広いコンテンツから最適な情報をワンストップでご提供します(医療行為は除く)

「TOMO」カスタマーサービスセンターでは、治療や投薬に関する基本的な情報や、日常生活の安心につながる支援など、幅広いコンテンツの中から必要かつ大切な情報にすぐアクセスいただけるようお届けいたします。

さらに医療従事者から提供される指導や情報については、患者さんやご家族にとってよりわかりやすいご説明や言葉でお伝えいたします。

本プログラムを利用されたい場合は、下記まで電話もしくはメールでご連絡ください。

「TOMO」カスタマーサービスセンター

0120-143020 (フリーダイヤル) 年中無休 9:00-21:00

tomo@takeda.com (メールでのお問い合わせ後3日以内に連絡がない場合には、電話にてお問い合わせをお願いいたします。)

家庭で注射を行う場合の注意点

- 注射を正しく行うための十分な教育・トレーニングを受けた上で、医師と相談の上、注射を行ってください。
- 注射を開始してから、副作用 (P6「タクザイロ®の副作用について」参照) が疑われる場合や、ご自身での注射を続けることが難しい状況になった場合には、家庭での注射を中止し、医師にご相談ください。
- シリンジなど注射に使用したものは、廃棄ボックスに入れ、医療機関と相談の上、適切な方法で廃棄してください。

● タクザイロ®の保管について

- 2～8℃の冷蔵庫で保管します。冷凍はしないでください。



凍らせないでください。

- 一度冷蔵庫から取り出した場合は、15～30分かけて室温に戻し、できるだけ速やかに投与してください。やむを得ず、すぐに使用できない場合は25℃以下で保管して14日以内に使用してください。



14日以内

- タクザイロ®は遮光保存のため、外箱に入れたまま保管してください。



直射日光に当てないでください。

- タクザイロ®を振らないでください。
- タクザイロ®を含むすべての用具は、お子様の手の届かないところに保管してください。



お子様の手の届かないところに保管してください。

● 注射時の痛みを和らげるポイント

外箱を開けて、トレイからプレフィルドシリンジを取り出します。15～30分かけてプレフィルドシリンジを室温に戻してください*。

*タクザイロ®は温熱に敏感です。プレフィルドシリンジをお湯などで温めないでください。

💡 注射剤が冷たいと痛みを感じやすくなるので、室温に戻しましょう

プレフィルドシリンジに傷がないかを点検し、薬液が無色～淡黄色であることを確認してください。

注射時の痛みが和らぐとされている方法はいろいろありますが、感じ方は人によって異なります。医師や看護師に相談しながら、自分に合う方法を探してください。

痛みが出にくい注射のしかた¹⁾

注射する部位を圧迫する・つまむ

針を刺す数秒前から注射する部位を圧迫し、しっかりとつまみながら注射すると痛みが出にくくなります。



消毒用アルコールがしっかり乾いてから針を刺す

針は1回でスーッと刺す

注入はゆっくり
注入後は針を素早く抜く

痛みを感じにくくする方法

注射する部位(ご自身の体)を冷やす

注射する前に保冷剤などをあてておき、感覚を麻痺させることで痛みを感じにくくなります¹⁾。



注射する部位をさする

注射前に皮膚をさすったり、マッサージしたりしておくと痛みが和らぐことがあります²⁾。

できるだけリラックスする

注射前に深呼吸をするなど、できるだけリラックスしておくことも大切です¹⁾。



1)石塚睦子. 別冊プチナース 注射の基本がよくわかる本. 照林社. 2004. P122-126

2)深井喜代子 ほか. 日本看護研究学会雑誌. 1992; 15(3): 47-55.

家庭での注射に役立つツール

冊子



自己注射ガイドブック

患者さん、患者さんのご家族にタクザイロ®の自己注射を正しく安全に実施していただくための手順や注意するポイントについて解説しています。



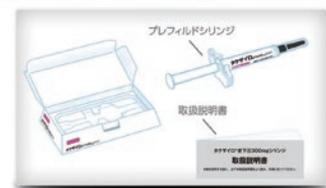
動画



動画で見る自己注射ガイド

タクザイロ®の自己注射の方法について、動画でご覧いただけます。

お薬の確認



外箱を開けてトレイからプレフィルドシリンジを取り出します。

本冊子の記入例

● 治療の記録の記入例 (P12~)

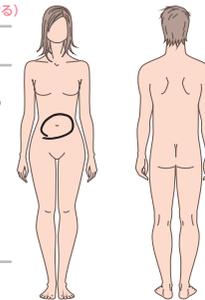
タクザイロ®を注射した日に記入してください。

注射した日	2023年 6月 6日(火曜日) ^{AM} 8時 40分 _{PM}						
注射した部位 ○をつけよう	<table border="0"> <tr> <td>お腹(右)</td> <td>太もも(右)</td> <td>上腕の裏側(右)</td> </tr> <tr> <td><u>お腹(左)</u></td> <td>太もも(左)</td> <td>上腕の裏側(左)</td> </tr> </table>	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)	<u>お腹(左)</u>	太もも(左)	上腕の裏側(左)
お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)					
<u>お腹(左)</u>	太もも(左)	上腕の裏側(左)					
注射後に あらわれた症状	<input checked="" type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 赤くなって、かゆみも少しあった。						
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう お腹が痛くなった。						

● 発作の記録の記入例 (P24~)

発作があった場合に記入してください。

発作	■ 今回の発作はいつ? 2023年 6月 1日(木曜日) ■ 発作が起きた時刻は? AM・ <u>PM</u> 7時 30分 ■ 発作が起きた場所は? (イラストに○をつける) ■ 発作の程度は? <input type="checkbox"/> 0: 症状なし <input checked="" type="checkbox"/> 1: 軽度(日常生活の制限なし~軽度の日常生活の制限あり) <input type="checkbox"/> 2: 中等度(中等度の日常生活の制限あり) <input type="checkbox"/> 3: 重度(重度の日常生活の制限あり) <input type="checkbox"/> 4: 極めて重度(極めて重度の日常生活の制限あり)
治療	■ 治療を行いましたか? <input checked="" type="checkbox"/> 行った / 行わなかった ■ 治療を行った時刻は? AM・ <u>PM</u> 7時 40分



体調

■ 発作の前に気になる症状はありましたか?
 疲れ / 食欲がない / 吐き気 / 下痢 / 息切れ / 発疹 / 発熱 / 風邪
 ■ その他、発作前後の体調について自由に記入してください。

睡眠不足で疲れがたまっていた。

● 体調の記録の記入例 (P30~)

治療の必要がなかった小さな発作や体調の変化についてメモしましょう。

ご記入日: 2023年 6月 15日(木曜日)
 風邪を引いて、13日に熱が37.5℃まで上がった。
 2日間、会社を休み、安静にしていたら解熱した。
 その後もしばらく咳があったが、HAEの発作はなかった。

治療の記録

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
注射後にあらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ----- -----					
前回の注射から今日までにあらわれた症状	※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう ----- -----					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
注射後にあらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ----- -----					
前回の注射から今日までにあらわれた症状	※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう ----- -----					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
注射後にあらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ----- -----					
前回の注射から今日までにあらわれた症状	※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう ----- -----					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
注射後にあらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ----- -----					
前回の注射から今日までにあらわれた症状	※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう ----- -----					

治療の記録

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

治療の記録

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

治療の記録

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後にあらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から今日までにあらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後にあらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から今日までにあらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後にあらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から今日までにあらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後にあらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から今日までにあらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

治療の記録

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

治療の記録

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

注射した日	年	月	日(曜日)	AM PM	時	分
注射した部位 ○をつけましょう	お腹(右)	太もも(右)	上腕の裏側(右)			
注射後に あらわれた症状	お腹(左)	太もも(左)	上腕の裏側(左)			
前回の注射から 今日までに あらわれた症状	<input type="checkbox"/> 注射した部位にあらわれた症状 <input type="checkbox"/> その他の症状 ※発作や体調の変化があった場合は「発作の記録」(P24)、「体調の記録」(P30)にも詳細を書いておきましょう					

発作の記録

発作

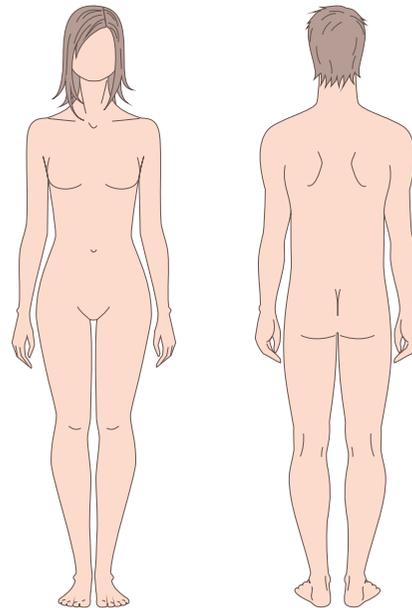
■ 今回の発作はいつ? 年 月 日(曜日)

■ 発作が起きた時刻は? AM ・ PM 時 分

■ 発作が起きた場所は? (イラストに○をつける)

■ 発作の程度は?

- 0:症状なし
- 1:軽度 (日常生活の制限なし~軽度の日常生活の制限あり)
- 2:中等度 (中等度の日常生活の制限あり)
- 3:重度 (重度の日常生活の制限あり)
- 4:極めて重度 (極めて重度の日常生活の制限あり)



治療

■ 治療を行いましたか?

行った / 行わなかった

■ 治療を行った時刻は?

AM ・ PM 時 分

体調

■ 発作の前に気になる症状はありましたか?

疲れ / 食欲がない / 吐き気 / 下痢 / 息切れ / 発疹 / 発熱 / 風邪

■ その他、発作前後の体調について自由に記入してください。

.....

.....

.....

.....

発作

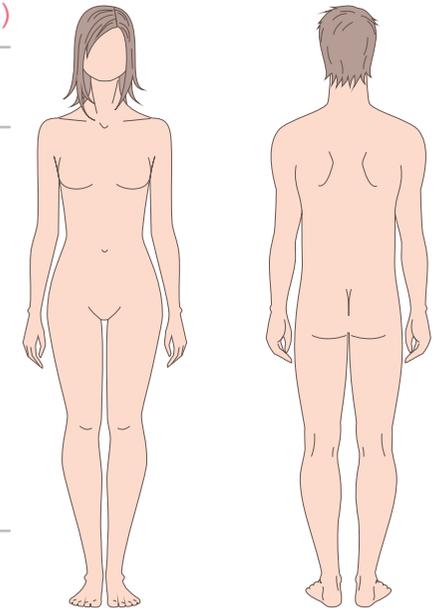
■ 今回の発作はいつ? 年 月 日(曜日)

■ 発作が起きた時刻は? AM ・ PM 時 分

■ 発作が起きた場所は? (イラストに○をつける)

■ 発作の程度は?

- 0:症状なし
- 1:軽度 (日常生活の制限なし~軽度の日常生活の制限あり)
- 2:中等度 (中等度の日常生活の制限あり)
- 3:重度 (重度の日常生活の制限あり)
- 4:極めて重度 (極めて重度の日常生活の制限あり)



治療

■ 治療を行いましたか?

行った / 行わなかった

■ 治療を行った時刻は?

AM ・ PM 時 分

体調

■ 発作の前に気になる症状はありましたか?

疲れ / 食欲がない / 吐き気 / 下痢 / 息切れ / 発疹 / 発熱 / 風邪

■ その他、発作前後の体調について自由に記入してください。

.....

.....

.....

.....

発作の記録

発作

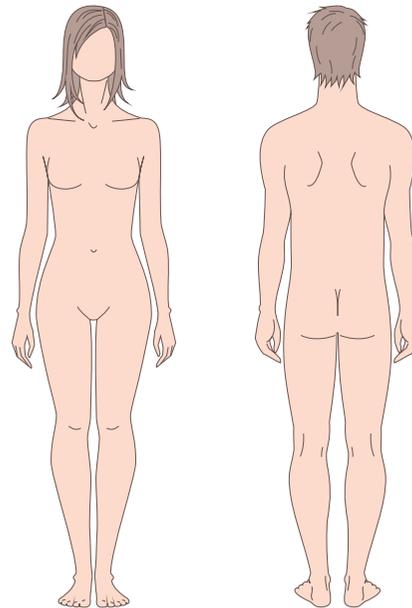
■ 今回の発作はいつ? 年 月 日(曜日)

■ 発作が起きた時刻は? AM ・ PM 時 分

■ 発作が起きた場所は? (イラストに○をつける)

■ 発作の程度は?

- 0:症状なし
- 1:軽度 (日常生活の制限なし～軽度の日常生活の制限あり)
- 2:中等度 (中等度の日常生活の制限あり)
- 3:重度 (重度の日常生活の制限あり)
- 4:極めて重度 (極めて重度の日常生活の制限あり)



治療

■ 治療を行いましたか?

行った / 行わなかった

■ 治療を行った時刻は?

AM ・ PM 時 分

体調

■ 発作の前に気になる症状はありましたか?

疲れ / 食欲がない / 吐き気 / 下痢 / 息切れ / 発疹 / 発熱 / 風邪

■ その他、発作前後の体調について自由に記入してください。

.....

.....

.....

.....

発作

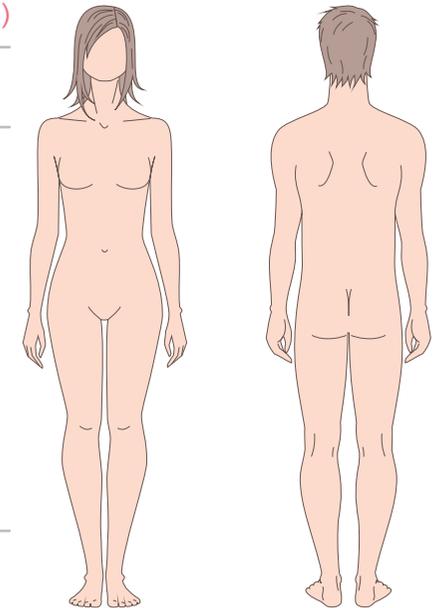
■ 今回の発作はいつ? 年 月 日(曜日)

■ 発作が起きた時刻は? AM ・ PM 時 分

■ 発作が起きた場所は? (イラストに○をつける)

■ 発作の程度は?

- 0:症状なし
- 1:軽度 (日常生活の制限なし～軽度の日常生活の制限あり)
- 2:中等度 (中等度の日常生活の制限あり)
- 3:重度 (重度の日常生活の制限あり)
- 4:極めて重度 (極めて重度の日常生活の制限あり)



治療

■ 治療を行いましたか?

行った / 行わなかった

■ 治療を行った時刻は?

AM ・ PM 時 分

体調

■ 発作の前に気になる症状はありましたか?

疲れ / 食欲がない / 吐き気 / 下痢 / 息切れ / 発疹 / 発熱 / 風邪

■ その他、発作前後の体調について自由に記入してください。

.....

.....

.....

.....

発作の記録

発作

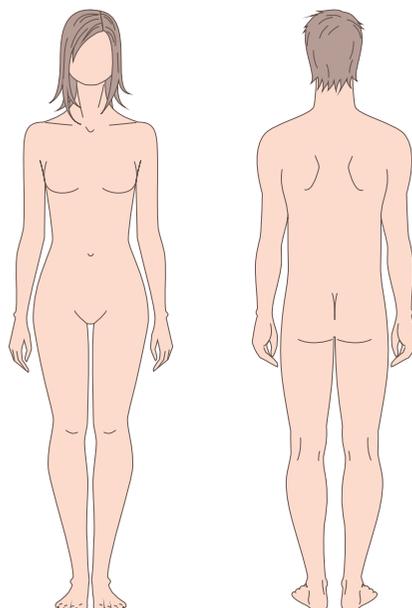
■ 今回の発作はいつ? 年 月 日(曜日)

■ 発作が起きた時刻は? AM ・ PM 時 分

■ 発作が起きた場所は? (イラストに○をつける)

■ 発作の程度は?

- 0:症状なし
- 1:軽度 (日常生活の制限なし~軽度の日常生活の制限あり)
- 2:中等度 (中等度の日常生活の制限あり)
- 3:重度 (重度の日常生活の制限あり)
- 4:極めて重度 (極めて重度の日常生活の制限あり)



治療

■ 治療を行いましたか?

行った / 行わなかった

■ 治療を行った時刻は?

AM ・ PM 時 分

体調

■ 発作の前に気になる症状はありましたか?

疲れ / 食欲がない / 吐き気 / 下痢 / 息切れ / 発疹 / 発熱 / 風邪

■ その他、発作前後の体調について自由に記入してください。

.....

.....

.....

.....

発作

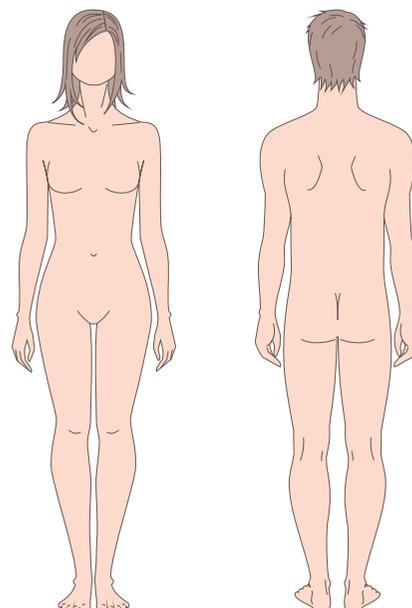
■ 今回の発作はいつ? 年 月 日(曜日)

■ 発作が起きた時刻は? AM ・ PM 時 分

■ 発作が起きた場所は? (イラストに○をつける)

■ 発作の程度は?

- 0:症状なし
- 1:軽度 (日常生活の制限なし~軽度の日常生活の制限あり)
- 2:中等度 (中等度の日常生活の制限あり)
- 3:重度 (重度の日常生活の制限あり)
- 4:極めて重度 (極めて重度の日常生活の制限あり)



治療

■ 治療を行いましたか?

行った / 行わなかった

■ 治療を行った時刻は?

AM ・ PM 時 分

体調

■ 発作の前に気になる症状はありましたか?

疲れ / 食欲がない / 吐き気 / 下痢 / 息切れ / 発疹 / 発熱 / 風邪

■ その他、発作前後の体調について自由に記入してください。

.....

.....

.....

.....

体調の記録

※体調の変化について気づいたことがあればメモしておきましょう。

ご記入日: 年 月 日(曜日)

.....

.....

.....

ご記入日: 年 月 日(曜日)

.....

.....

.....