

In My Life,
with Dupixent

結節性
痒疹

デュピクセント®をご使用になる患者さんとご家族のための

デュピクセント® 治療日誌

—— 結節性痒疹 ——



サノフィ株式会社

sanofi

はじめに

この治療日誌は、結節性痒疹の治療に
「デュピクセント®皮下注300mgシリンジ」または
「デュピクセント®皮下注300mgペン」を使用する際
にお使いいただくものです。

注射に際しては十分な体調管理も大切です。
何か気になる症状があれば、速やかに主治医に連絡してください。



治療日誌への記録について

- デュピクセント®を注射した日、注射した部位を記入しましょう。また、体調の変化などがあれば記入しましょう。
- この治療日誌の記録をもとに、次回の注射予定日や注射部位を確認して、注射をし忘れないよう、また注射部位をできるだけ変えるようにしましょう。
- 診察時にはこの治療日誌を持参し、主治医に確認してもらいましょう。この治療日誌は、注射がスケジュール通りにできているかを確認し、注射の効果や病気の変化を把握するための大切な情報になります。
- 注射について分からないことや不安なことがあれば、いつでも主治医や看護師に相談しましょう。操作方法に関するご質問は24時間365日対応のデュピクセント®相談室もありますので、そちらに相談することもできます。

デュピクセント®の操作方法に関するご質問に
24時間365日、専任スタッフがいつでも対応します

24時間
365日

デュピクセント®相談室

フリーダイヤル



0120-50-4970

ゴ ー ヨ ク ナ レ



治療を続けるための工夫

前向きに治療に取り組むために

頑張った自分にご褒美をあげましょう

日々の生活で制限しなければいけないこともありますが、頑張るだけでなく時には自分を甘やかしてあげましょう。「皮膚状態が少し良くなったから、今日は好きなものを思いっきり食べよう」「ノースリーブが着られるようになったから、欲しかった洋服を買おう」など、小さな目標達成ごとにご褒美を用意しておくとお励みになります。

患者さん向けのウェブサイトなど、 同じ病気を持つ人たちと交流しましょう

同じような悩みを持ちながら治療を続けている人がたくさんいます。生活や治療のちょっとした工夫など、ヒントになることが得られるかもしれません。



十分な治療効果のために

清潔と潤いを保つためのスキンケアを続けましょう

入浴やシャワーなどで汚れを落とした後は、皮膚の乾燥やバリア機能の低下を防ぐために、十分な保湿をしましょう。



症状以外の、生活の困りごとや将来の不安なども、 医師に相談してみましよう

身体的な問題については話せても、対人関係や恋愛など人生や生活に関わる悩みごとは、「先生に相談すべきことではない」、「いつも忙しそうで話にくい」という遠慮から、心の内にしまい込んでいる方が多いようです。しかし、症状以外の悩みを相談することで不安感が解消され、前向きに治療に取り組めるようになることもあります。結節性痒疹で未来の選択肢を減らしてしまう前に、あなたの思いを医師に伝えてみませんか？



治療の目標を決めましよう

「夏にノースリーブが着たい」「お化粧を楽しみたい」「かゆみを抑えてぐっすり眠りたい」など、自分にとって達成しやすい目標を設定すると行動に移しやすくなります。



症状を引き起こす要因への 対策を忘れずに

結節性痒疹は、虫刺され、ストレス、アトピー素因、アレルギー、感染などが関与し発生すると考えられています。症状の原因を探し、除去するために、生活習慣を見直し、改善することも大切です。



➡ 7ページに治療の目標(ゴール)を書き出してみましよう

わたしの治療ゴール

治療のゴールはひとそれぞれ異なります。前向きに治療を続けるために、自分なりのゴールを決め、なりたい自分の姿を具体的に書き出してみましょう。達成できそうなゴールから順に、STEP1～STEP3まで書いてみましょう。

記入例

STEP 1

例 かゆみを減らして、ゆっくり寝たい



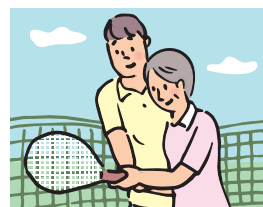
STEP 2

例 ノースリーブの服を着て
ショッピングに行きたい



STEP 3

例 肌を気にせず、
旅行やスポーツを
楽しみたい



記入日

年

月

日

STEP 1



STEP 2



STEP 3



来院までの記録 記入例

普段使用している
お薬を記入してください。

来院する予定の
日付を記入してください。

皮疹が現れている
範囲を塗りつぶしてください。

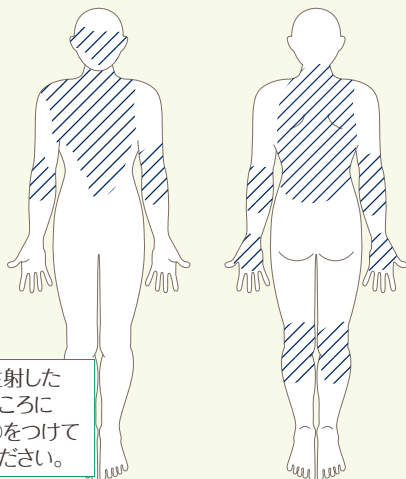
| 使用しているお薬 | |
|----------|--|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・クロベタゾン 酪酸エステル軟膏 ・フェキシフェナジン 塩酸塩 |

| | |
|-------|--------|
| 次の来院日 | 2 / 22 |
|-------|--------|

皮疹の状態

前面

背面



注射した
ところに
○をつけて
ください。

| 注射した部位(注射薬を使用している場合) | | | | | |
|----------------------|--------|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| | | | | | |
| (家族のみ) | | | | | |
| 注射した日 | 2 / 15 | | | | |

| | |
|---------------------|---|
| WI-NRSスコア (0~10) | 7 |
|---------------------|---|

| | |
|--------------------|---|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | 3 |
|--------------------|---|

過去24時間感じた最悪のかゆみを下記のレベルを
参考に記入してください。
0:かゆみなし~10:想像しうる最悪のかゆみ

起床時感じた前日の睡眠の質を下記のレベルを
参考に記入してください。
0:考えうる最悪の睡眠~10:考えうる最良の睡眠

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

次の来院日までのメモ欄

2/10
かゆみがちょっとおさまってきた気がする。
体がだるくて風邪っぽい。

2/19
来月の注射予定日に出張があるので、
次の診察で先生に相談する。

症状の経過や気になる症状、次回の診察時に
先生に伝えたいことなど、自由に記入してください。

WI-NRS[※]スコア (かゆみの重症度を評価する指標)

※Worst Itch - Numerical Rating Scale; かゆみを0～10の範囲の数値で表す評価方法

WI-NRSは、過去24時間での最悪のかゆみの強さを、
0(かゆみなし)から 10(想像しうる最悪のかゆみ)の間の数値で評価します。

過去24時間であなたが経験した最悪のかゆみの強さを、
0(かゆみなし)～10(想像しうる最悪のかゆみ)で示してください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

かゆみなし

想像しうる
最悪のかゆみ

Kimel M, et al. JAMA Dermatol 2020; 156(12): 1354-1358

睡眠NRS[※]スコア (睡眠の質を評価する指標)

※Numerical Rating Scale; 数値で表す評価方法

睡眠障害の程度(睡眠の質)を評価する指標です。
起床時に前日の睡眠の質を
0(考える最悪の睡眠)から10(考える最良の睡眠)の11段階で評価します。

起床時に感じた前日の睡眠の質を、
0(考える最悪の睡眠)～10(考える最良の睡眠)で示してください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

考える
最悪の睡眠

考える
最良の睡眠

社内資料:国際共同第Ⅲ相検証的試験 [EFC16459 (PRIME)試験](承認時評価資料)
本試験はサノフィ株式会社及びRegeneron Pharmaceuticalsの資金提供により実施された。

来院までの記録

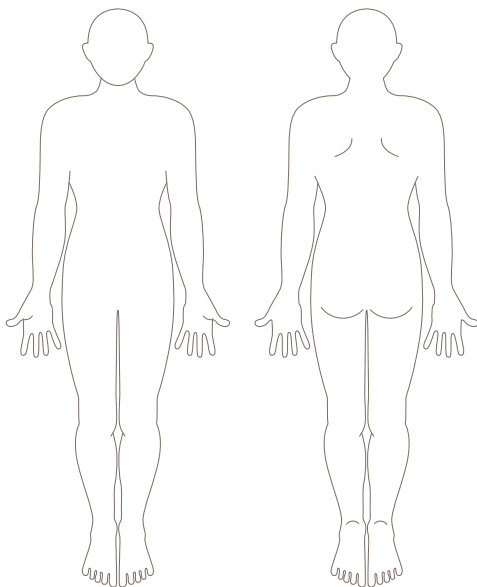
| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態

前面

背面



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|-----------------------|---|---|--------|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| | | | (家族のみ) | | |
| 注射した日 | / | | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

●気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

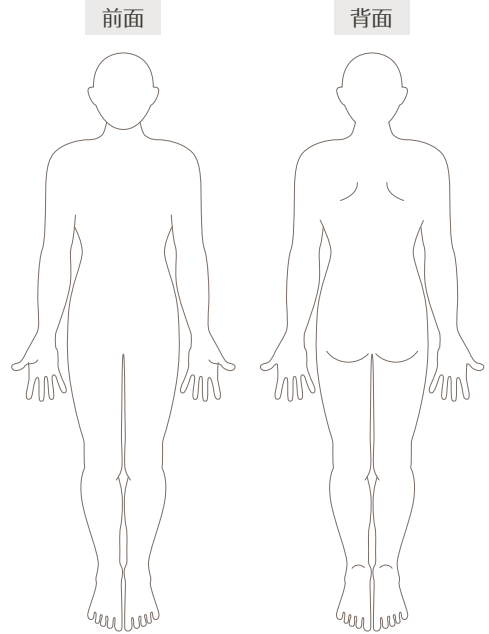
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|-----------------------|---|---|--------|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| | | | (家族のみ) | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

●気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

来院までの記録

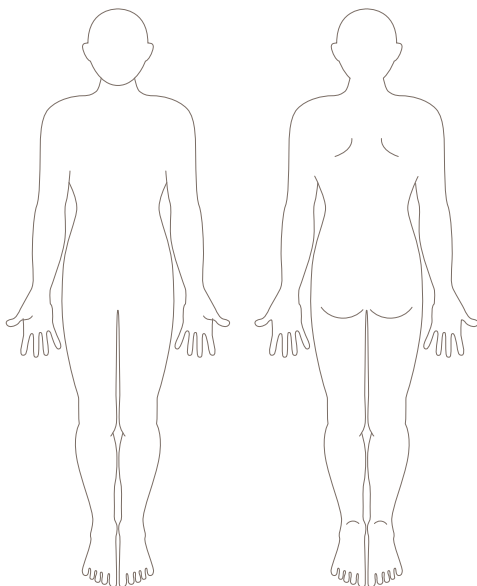
| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態

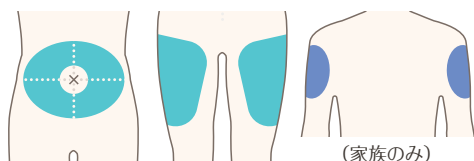
前面

背面



注射した部位(注射薬を使用している場合)

右 左 右 左 右 左



注射した日

/

WI-NRSスコア
(0~10)

睡眠NRSスコア
(0~10)

●気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

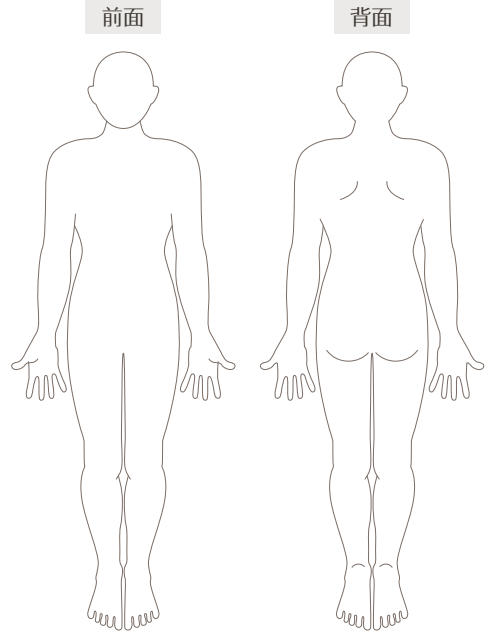
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

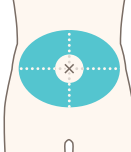
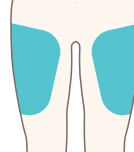
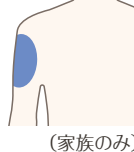
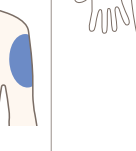

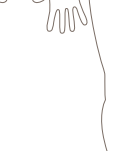
次の来院日までのメモ欄

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
|  |  |  |  |  |  |
| (家族のみ) | | | | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

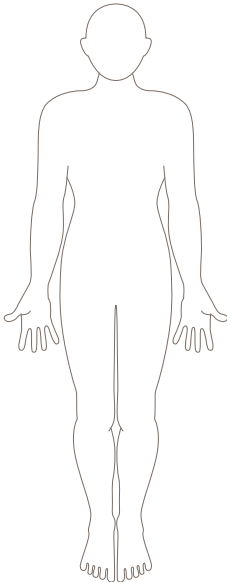
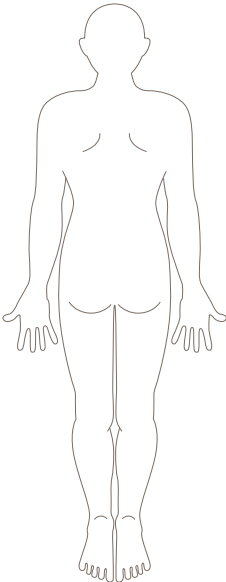
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

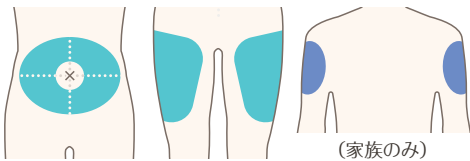
来院までの記録

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態

| 前面 | 背面 |
|---|--|
|  |  |

| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
|  | | | | | |
| (家族のみ) | | | | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

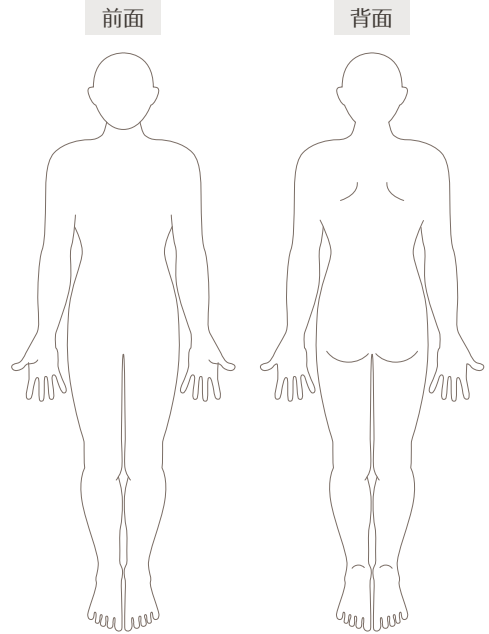
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

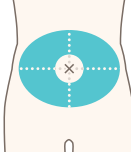
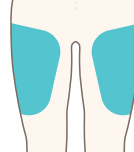
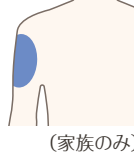
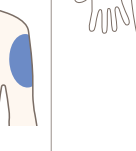

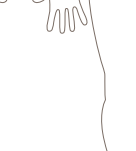
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
|  |  |  |  |  |  |
| (家族のみ) | | | | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

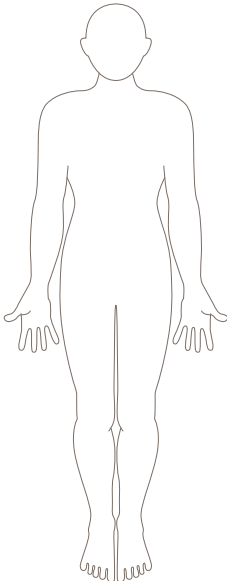
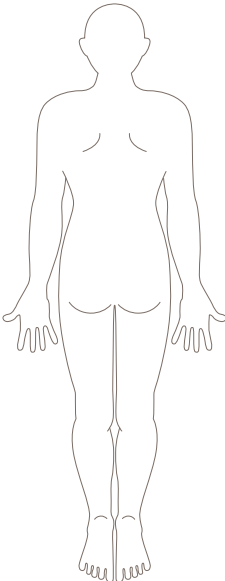
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

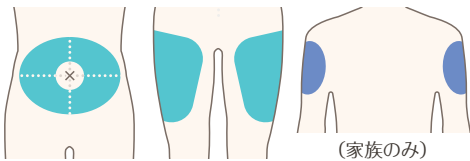
来院までの記録

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態

| 前面 | 背面 |
|---|--|
|  |  |

| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
|  | | | | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

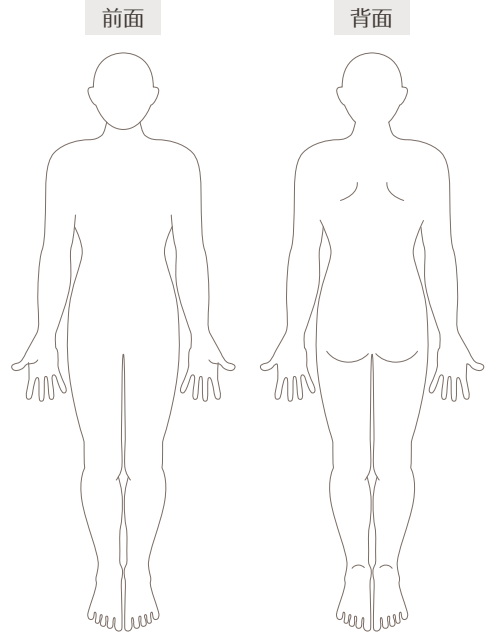
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|-----------------------|---|---|--------|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| | | | (家族のみ) | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

来院までの記録

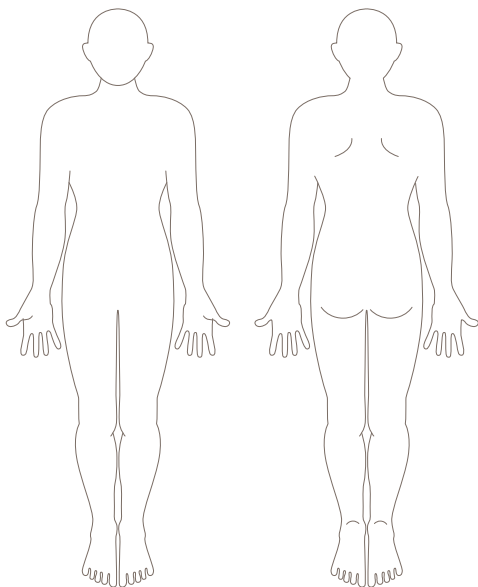
| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態

前面

背面



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| | | | | | |
| 注射した日 | | | | | |
| / | | | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

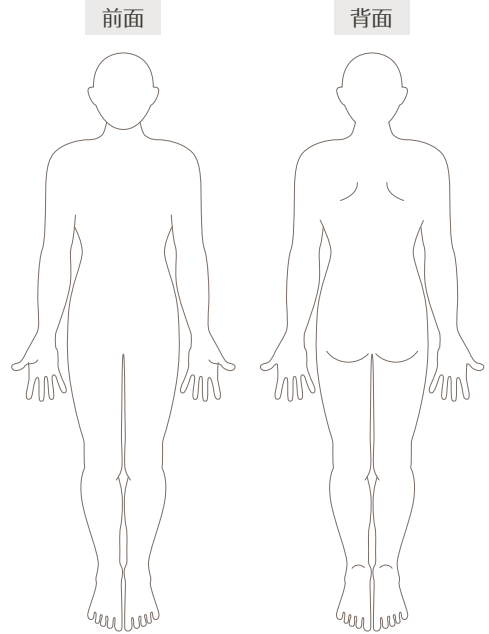
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|-----------------------|---|---|--------|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| | | | (家族のみ) | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

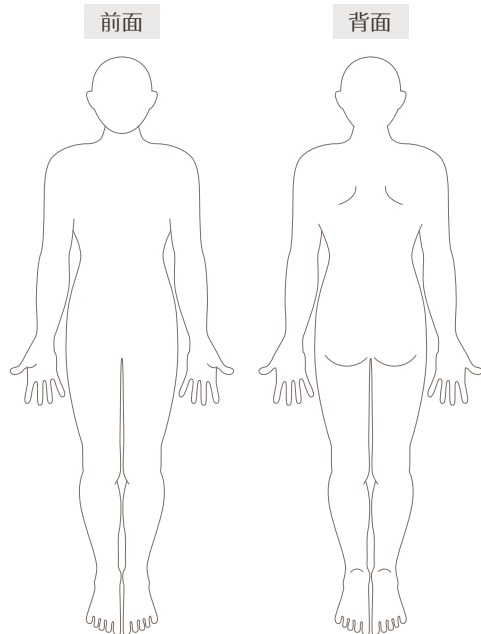
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

来院までの記録

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 |
| 左 | | | | |
| | | | | |
| 注射した日 | | | | |
| / | | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

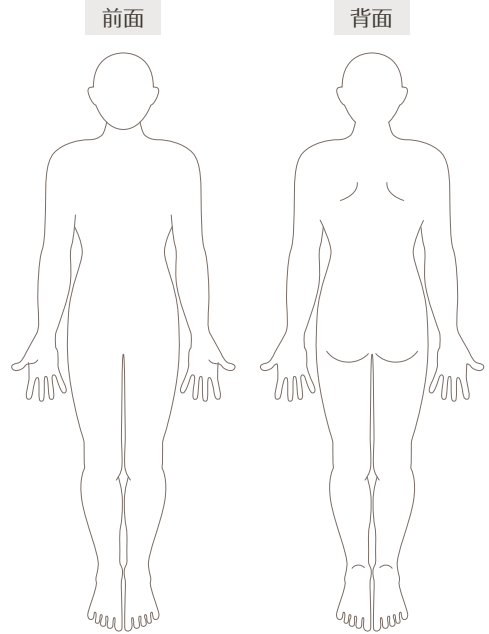
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

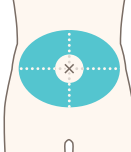
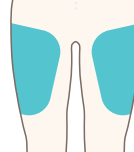
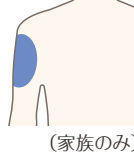
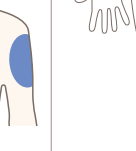

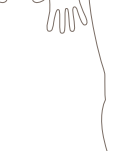
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
|  |  |  |  |  |  |
| (家族のみ) | | | | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

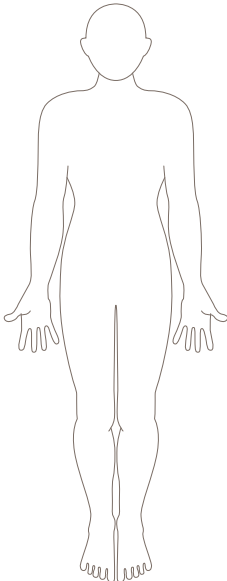
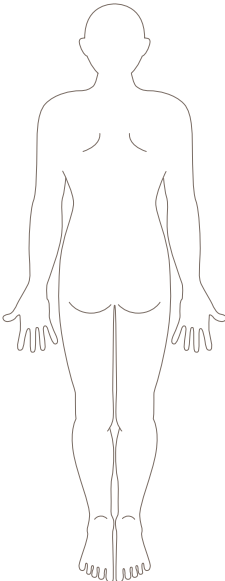
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

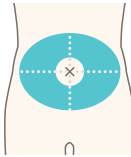
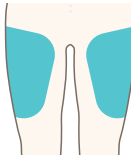
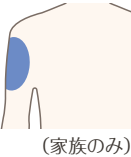
来院までの記録

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態

| 前面 | 背面 |
|---|--|
|  |  |

| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|--|---|---|--------|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
|  |  |  | (家族のみ) | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

●気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

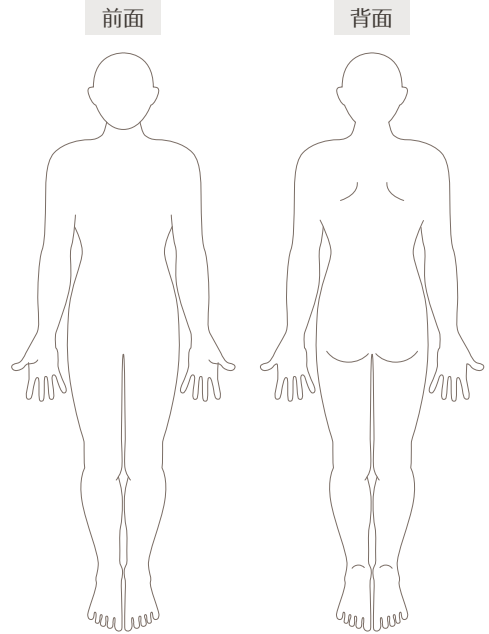
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|-----------------------|---|---|--------|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| | | | (家族のみ) | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

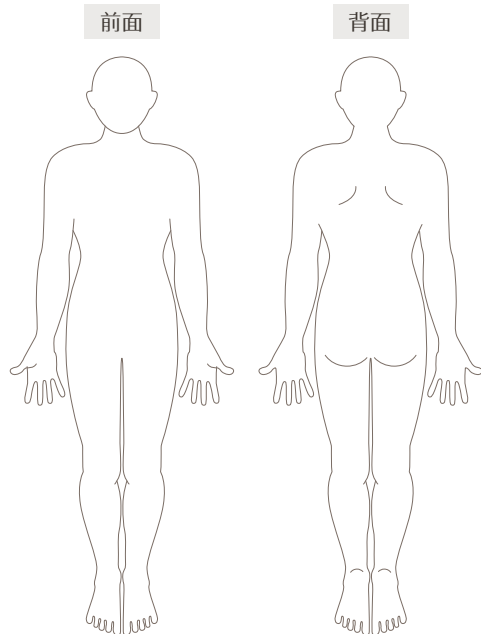
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

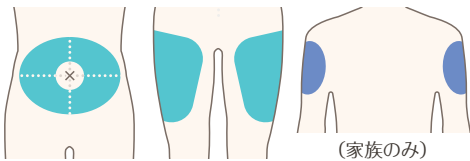
来院までの記録

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 |
| 左 | | | | |
|  <p style="text-align: right;">(家族のみ)</p> | | | | |
| 注射した日 | | / | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

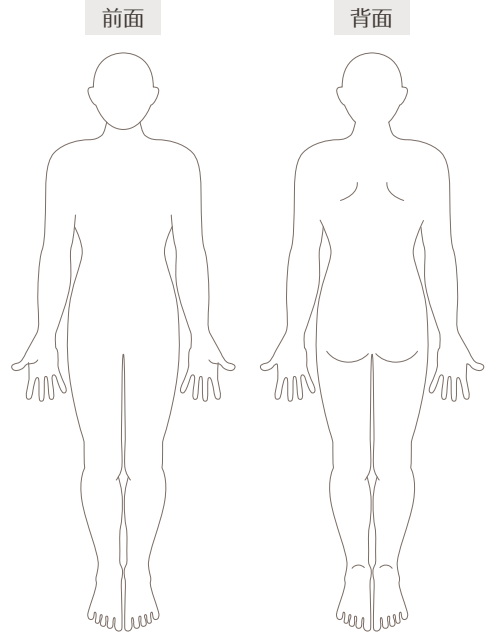
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|-----------------------|---|---|--------|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| | | | (家族のみ) | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

来院までの記録

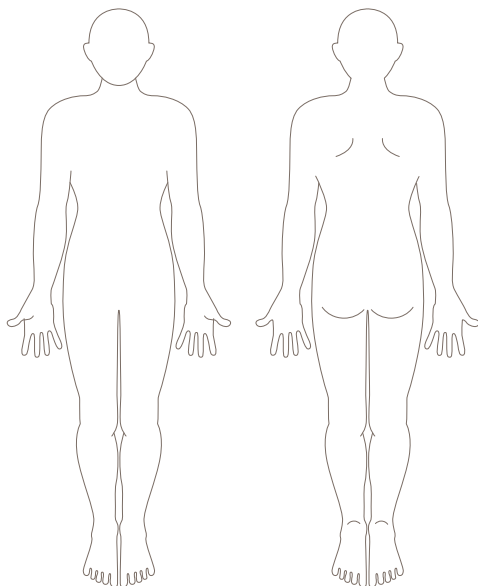
| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態

前面

背面



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| | | | | | |
| 注射した日 | | | | | |
| / | | | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

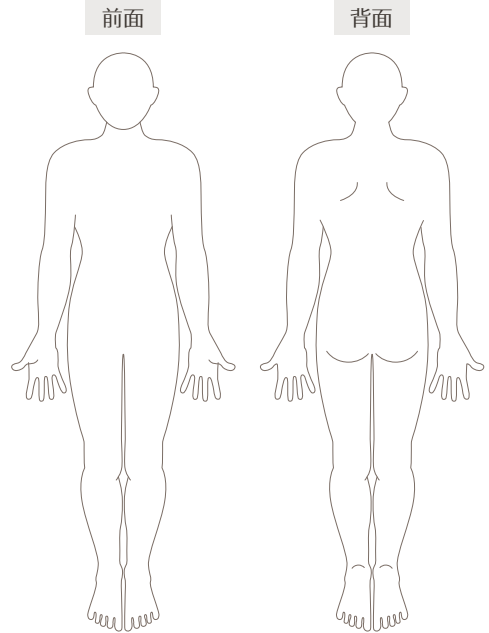
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

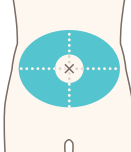
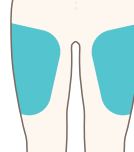
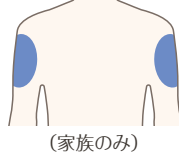
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|--|---|---|--------|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
|  |  |  | (家族のみ) | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

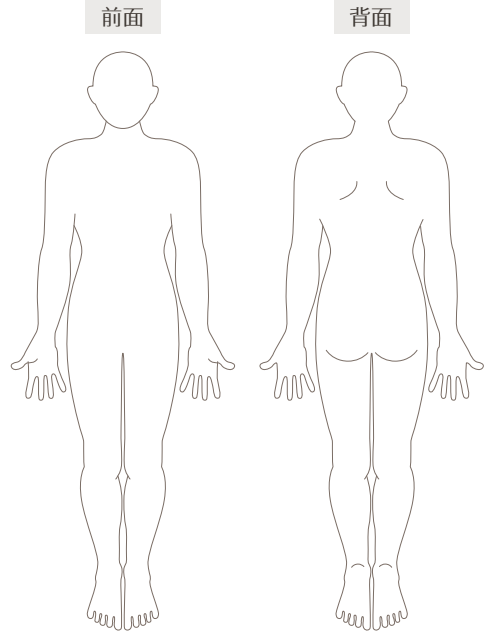
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

来院までの記録

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | |
|-----------------------|---|
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 左 | |
| | |
| 注射した日 | |
| / | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

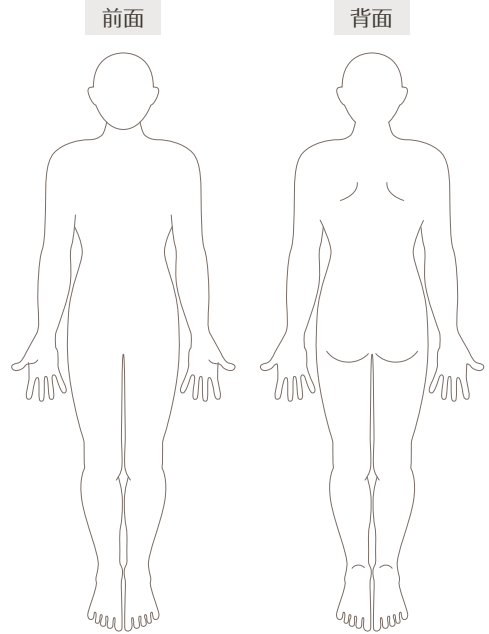
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

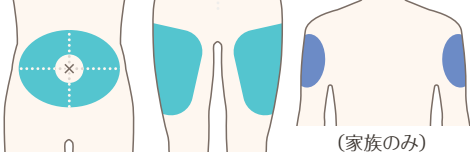
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | |
|--|---|
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
|  | |
| 注射した日 | |
| / | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

来院までの記録

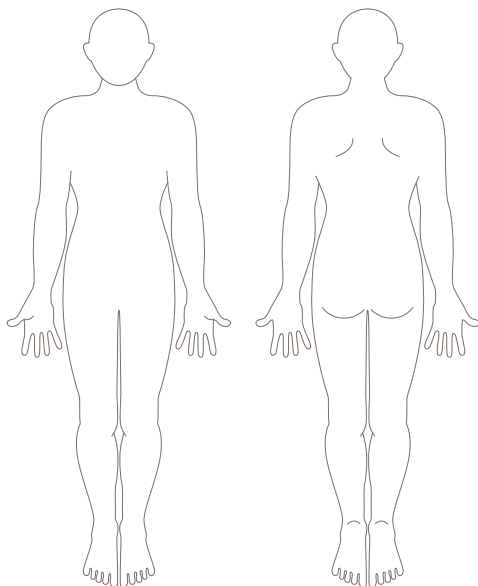
| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態

前面

背面



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| | | | | | |
| 注射した日 | | | | | |
| / | | | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

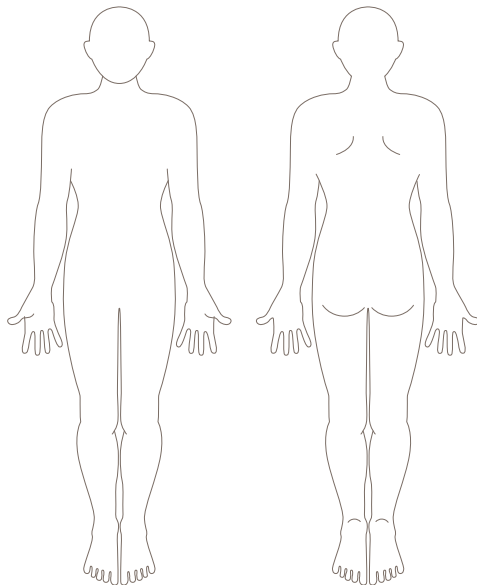
| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態

前面

背面



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | |
|-----------------------|---|
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| 右 | 左 |
| (家族のみ) | |
| 注射した日 | |
| / | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

●気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

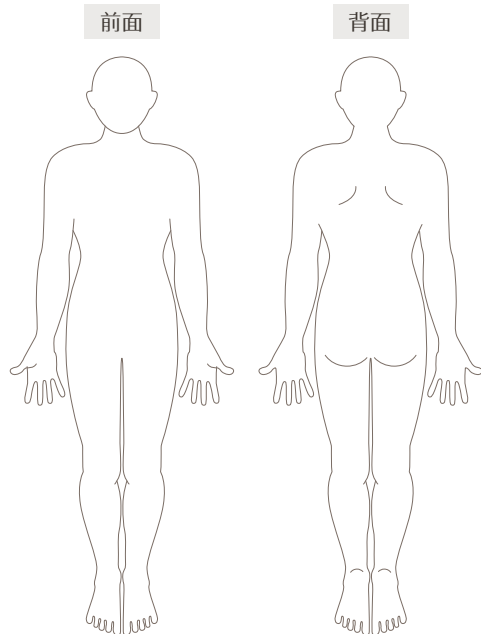
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

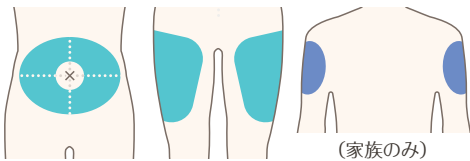
来院までの記録

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 |
| 左 | | | | |
|  <p style="text-align: right;">(家族のみ)</p> | | | | |
| 注射した日 | | / | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

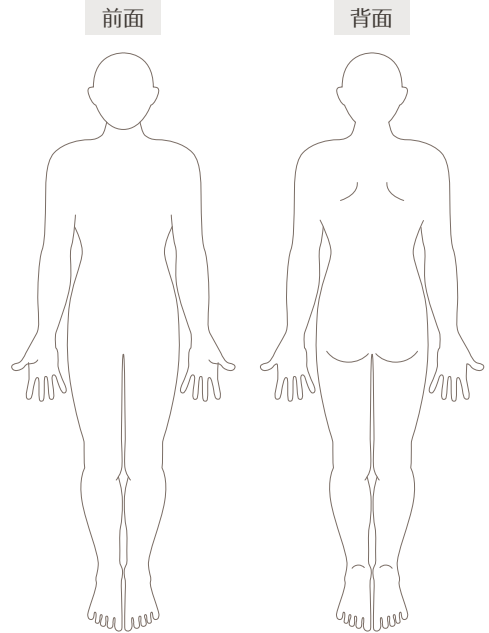
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

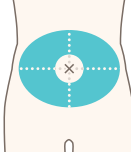
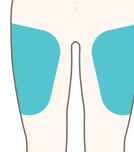
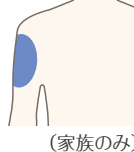
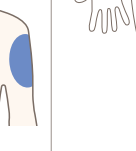

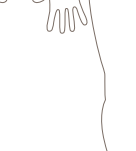
| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

| 使用しているお薬 | |
|----------|-----------|
| 注射薬 | 塗り薬または飲み薬 |
| | |

| | |
|-------|---|
| 次の来院日 | / |
|-------|---|

皮疹の状態



| 注射した部位 (注射薬を使用している場合) | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
|  |  |  |  |  |  |
| (家族のみ) | | | | | |
| 注射した日 | | / | | | |

| | |
|---------------------|--|
| WI-NRSスコア (0~10) | |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 睡眠NRSスコア (0~10) | |
|--------------------|--|

● 気になる症状や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

| 次の来院日までのメモ欄 |
|-------------|
| |

日常生活で気をつけたいこと

基礎疾患の治療とスキンケア/日常生活での工夫

結節性痒疹とは別の皮膚や全身の病気(基礎疾患)がかゆみを引き起こしている場合があります。基礎疾患の治療も忘れないようにしましょう。また、皮膚の乾燥を防ぐためのスキンケアに加え、皮膚を清潔に保つためにこまめに掃除を行ったり、なるべくストレスをためないような生活を心がけることも重要です。

ご自身の治療ゴールを主治医と話し合い、無理なく治療を継続していきましょう。



基礎疾患の治療のための
通院、服薬などを続ける



爪は、いつも短く
清潔にしておく



部屋をこまめに掃除し、
ダニやカビなどを取り除く



かゆいときは、その部分を
冷たいタオルなどで冷やす



できるだけストレスをためないように、
リラックスした時間をもつ



治療ゴールを決める

参考文献:

日本皮膚科学会. 痒疹診療ガイドライン. 日皮会誌 2020; 130(7): 1610-1612より

あなたの情報をメモしておきましょう

• お名前

• 生年月日

年

月

日

• 連絡先

住 所

携帯電話

自宅電話

• ご使用中のお薬や通院中の病院など

気になる症状があれば、速やかに主治医に連絡してください。



デュピクセント®を使用される患者さん向けウェブサイト

<https://www.support-allergy.com>



日本国内のアレルギー疾患患者さん向けウェブサイト

<https://www.allergy-i.jp>

アレルギー*i*



サノフィ株式会社

〒163-1488

東京都新宿区西新宿三丁目20番2号