

In My Life,  
with Dupixent

推奨年齢  
12歳未満

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>

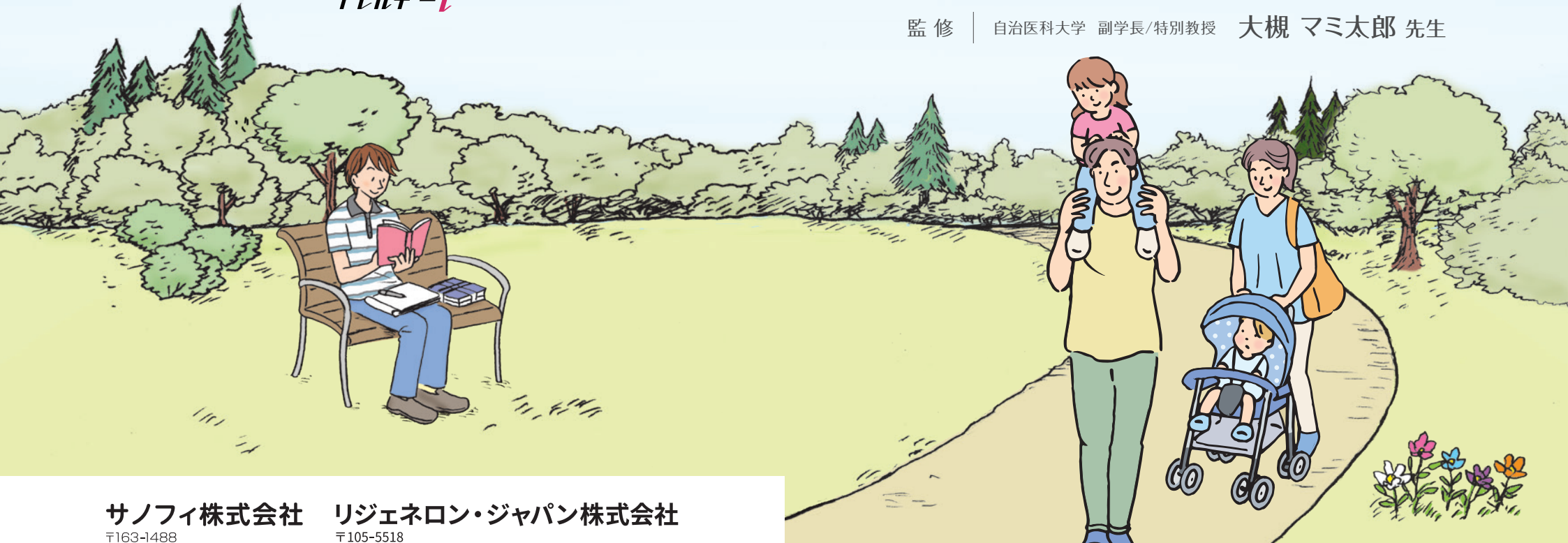
アレルギー*i*

デュピクセント®をご使用になる患者さんのための

# デュピクセント® 治療日誌

— こどものアトピー性皮膚炎 —

監修 | 自治医科大学 副学長/特別教授 大槻 マミ太郎 先生



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

リジェネロン・ジャパン株式会社

〒105-5518  
東京都港区虎ノ門二丁目6番1号

## はじめに

この治療日誌は、  
「デュピクセント®皮下注300mgペン」または  
「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200mgペン」または  
「デュピクセント®皮下注200mgシリンジ」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

- お子さまがデュピクセント®の注射を受けた日、注射を受け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、お子さまの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。
- 注射についてわ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®の操作方法と医療費助成制度へのご質問は、  
デュピクセント®相談室までお問い合わせください

専任  
スタッフが  
対応します

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

1 操作方法へのご質問  
24時間365日

2 医療費助成制度へのご質問  
平日・土  
(日・祝休み) 9:00~21:00

※2でご提供するサービスは医療費助成制度をもととした医療費の目安をご案内するもので、医療行為や治療内容に関するご相談に対応するものではありません。また、医療費助成については自治体ごとに異なりますので、お住まいの市区町村へお問い合わせください。

※デュピクセント®相談室では、応対品質の向上を目的として通話を録音しています。あらかじめご了承ください。



# 治療ゴール

お子さまとご家族が前向きに治療を続けていくために、治療のゴールを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

こどもも親も、かゆみに  
悩まされずにゆっくり寝たい



STEP 2

例

海やプールに  
連れて行ってあげたい



STEP 3

例

肌を気にせず、保育園や幼稚園、  
学校での遊びや行事に  
参加させてあげたい



記入日

年

月

日

STEP 1

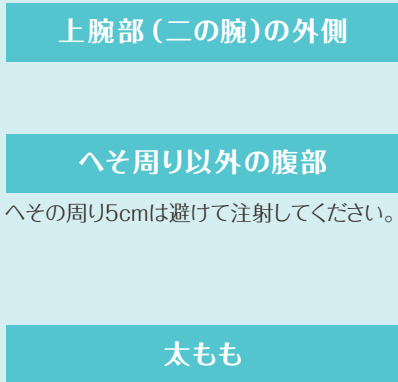
STEP 2

STEP 3

# デュピクセント®による治療

デュピクセント®は体重30kg以上のお子さまでは初回投与後は2週間隔、30kg未満のお子さまでは4週間隔で投与をします。体重によって投与量やスケジュールが異なりますので、医師の指示に従い、適切に使用してください。

## 注射に適した部位



## 投与上の注意点

- 衣服の上から注射しないでください。
- 12歳未満のお子さまへの注射は、ご家族が行ってください。
- アトピー性皮膚炎の症状が重い部位、痛みがある部位、けがをしている部位、打撲や傷跡のある部位は避けてください。
- 皮膚及び皮下組織の薄い患者(例えば2歳未満の患者)に投与する場合はシリンジをお使いください。
- 前回注射した部位とは違う部位に注射してください。
- 腹部に注射する場合は、上図のように上下左右で4ヵ所に分けて前回の注射とは別の部位を選んで注射してください。
- 本剤投与中も保湿外用薬を併用してください。
- ステロイド外用薬やタクロリムス外用薬など抗炎症外用薬は主治医の指示に従って併用してください。
- 経口ステロイドを服用している場合、本剤投与開始後に経口ステロイドを急に中止しないでください。経口ステロイドの減量については、主治医に相談してください。

# デュピクセント®の投与の仕方

- 生後6ヵ月以上のお子さまには、**体重に応じて**決められた用法及び用量で皮下投与します。
- 12歳未満のお子さまに使用する場合は**皮膚をつまんだ状態**で注射し、注入が完了するまでつまんだ手を離さないでください。
- 1回の注射で**全量を使用**し、再利用はしないでください。
- 皮膚及び皮下組織の薄い患者(例えば2歳未満の患者)に投与する場合はシリンジをお使いください。



| 年齢          | 体重区分             | 剤形と投与量  | 投与スケジュール <small>小児には4週間隔と2週間隔の投与があります。</small>          |
|-------------|------------------|---|---|
| 成人          | 固定用量             | 初回用量 600mg<br>1回 300mg<br><br>300mgシリンジまたは300mgペンを使用します。                                  | 2週間隔<br>1回目(2本) → 2回目(1本) → 3回目(1本) → 4回目(1本) → 5回目(1本) |
|             | 60kg以上           | 初回用量 600mg<br>1回 300mg<br><br>300mgシリンジまたは300mgペンを使用します。                                  | 2週間隔<br>1回目(2本) → 2回目(1本) → 3回目(1本) → 4回目(1本) → 5回目(1本) |
| 小児(生後6ヵ月以上) | 30kg以上<br>60kg未満 | 初回用量 400mg<br>1回 200mg<br><br>200mgシリンジまたは200mgペンを使用します。                                  | 2週間隔<br>1回目(2本) → 2回目(1本) → 3回目(1本) → 4回目(1本) → 5回目(1本) |
|             | 15kg以上<br>30kg未満 | 初回用量 300mg<br>1回 300mg<br><br>300mgシリンジまたは300mgペンを使用します。                                  | 4週間隔<br>1回目(1本) → 2回目(1本) → 3回目(1本)                     |
|             | 5kg以上<br>15kg未満  | 初回用量 200mg<br>1回 200mg<br><br>200mgシリンジまたは200mgペンを使用します。<br>※2歳未満の患者に投与する場合はシリンジをお使いください。 | 4週間隔<br>1回目(1本) → 2回目(1本) → 3回目(1本)                     |
|             | 5kg以上<br>15kg未満  | 初回用量 200mg<br>1回 200mg<br><br>200mgシリンジまたは200mgペンを使用します。<br>※2歳未満の患者に投与する場合はシリンジをお使いください。 | 4週間隔<br>1回目(1本) → 2回目(1本) → 3回目(1本)                     |

# 注射と体調の記録

使用したものにチェックを入れます

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

注射した日付を記入してください

注射した日 **2/22** 次の予定日 **3/8**

併用薬

- ・垂鉛華軟膏
- ・クロバタゾン酪酸エステル軟膏

現在併用しているお薬を記入してください



注射したところに○をつけてください。

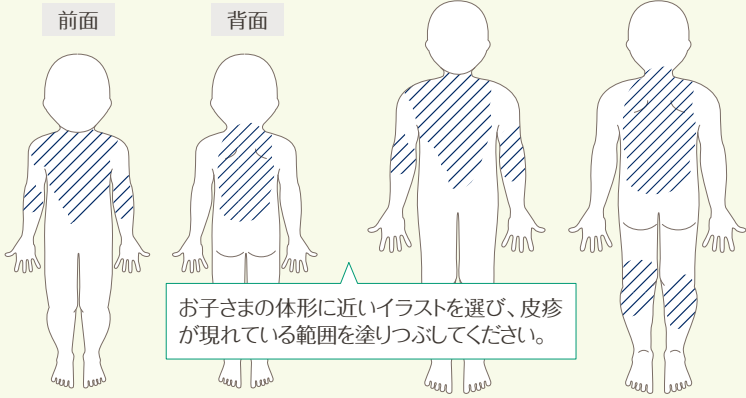
注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

注射したところが赤くなった

注射した際に気になったことがあれば記入してください

かゆみのレベルを記入してください。  
0:かゆみなし~10:想像できる最悪のかゆみ

皮膚の状態



お子さまの体形に近いイラストを選び、皮膚が現れている範囲を塗りつぶしてください。

かゆみスコア  
(0~10)

7

POEMスコア  
(0~28)

21

点数を記入してください  
(質問票は26ページ)

●体調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場合は、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

体調や気になったことのメモ欄

2/10 ひどいかきむしりはおさまってきた。  
だるそうにしているので風邪かもと  
少し心配(熱はなし)。

2/19 来月、注射予定日の  
前週にワクチン接種の予定あり。  
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。

# 注射と体調の記録

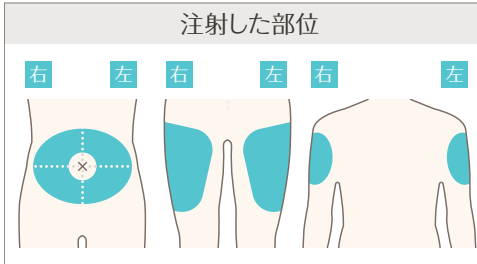
注射した日 /

次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

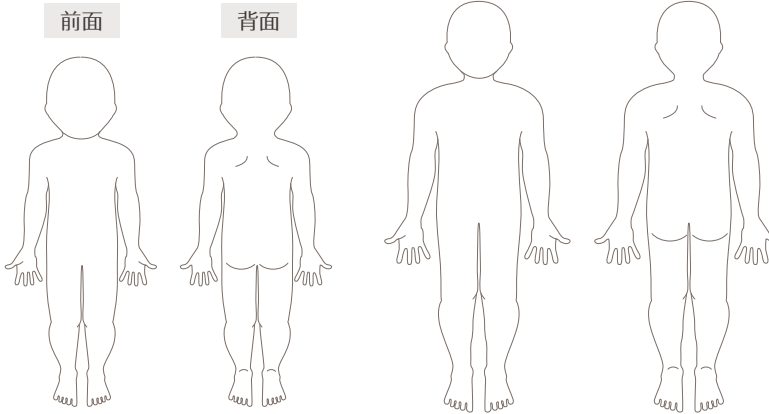
- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮膚の状態



かゆみスコア  
(0~10)

POEMスコア  
(0~28)

●体調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場合は、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

体調や気になったことのメモ欄

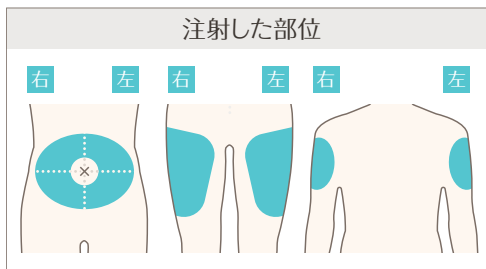
# 注射と体調の記録

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

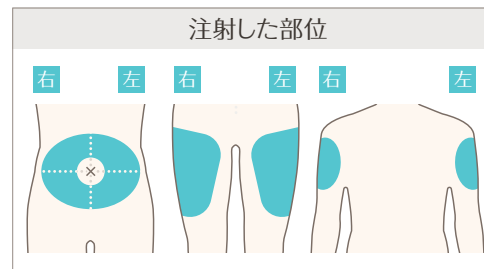
体調や気になったことのメモ欄

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

体調や気になったことのメモ欄

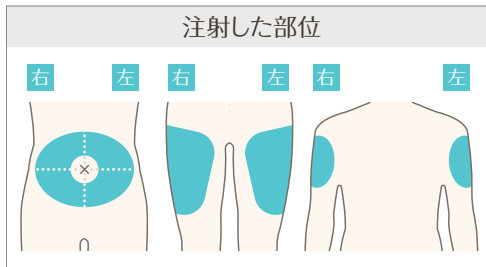
# 注射と体調の記録

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

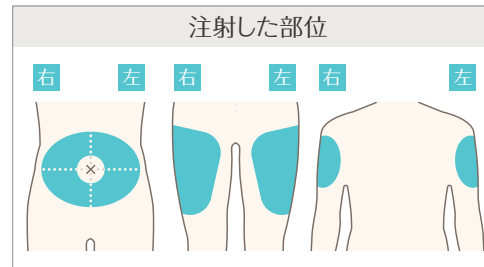
体調や気になったことのメモ欄

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

体調や気になったことのメモ欄

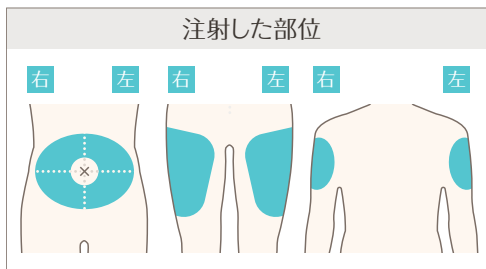
# 注射と体調の記録

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

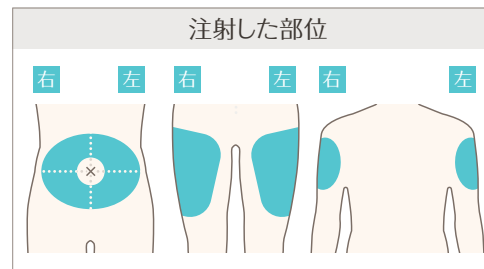
体調や気になったことのメモ欄

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

体調や気になったことのメモ欄

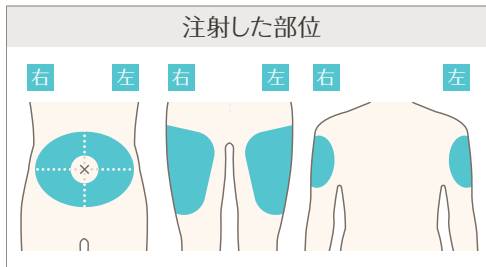
# 注射と体調の記録

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

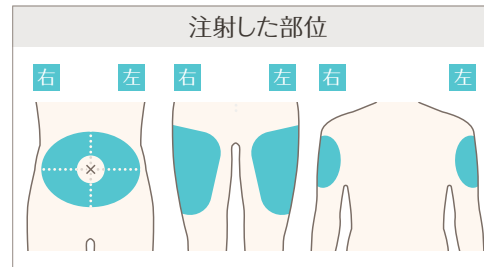
体調や気になったことのメモ欄

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

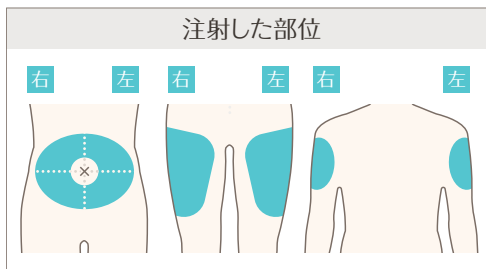
体調や気になったことのメモ欄

# 注射と体調の記録

|       |   |       |   |
|-------|---|-------|---|
| 注射した日 | / | 次の予定日 | / |
|-------|---|-------|---|

|                 |                                    |
|-----------------|------------------------------------|
| デュピクセント®<br>の種類 | <input type="checkbox"/> 300mgペン   |
|                 | <input type="checkbox"/> 300mgシリンジ |
|                 | <input type="checkbox"/> 200mgペン   |
|                 | <input type="checkbox"/> 200mgシリンジ |

|     |  |
|-----|--|
| 併用薬 |  |
|-----|--|



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

|    |    |    |    |                   |
|----|----|----|----|-------------------|
| 前面 | 背面 | 前面 | 背面 | かゆみスコア<br>(0~10)  |
|    |    |    |    |                   |
|    |    |    |    | POEMスコア<br>(0~28) |
|    |    |    |    |                   |

●体調や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

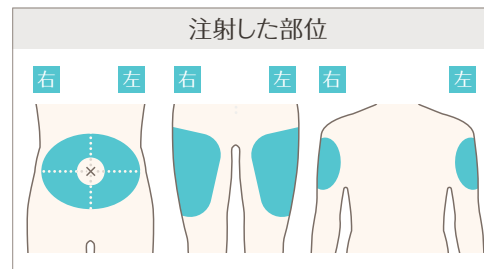
※喘息など他のアレルギー性疾患がある場合は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

体調や気になったことのメモ欄

|       |   |       |   |
|-------|---|-------|---|
| 注射した日 | / | 次の予定日 | / |
|-------|---|-------|---|

|                 |                                    |
|-----------------|------------------------------------|
| デュピクセント®<br>の種類 | <input type="checkbox"/> 300mgペン   |
|                 | <input type="checkbox"/> 300mgシリンジ |
|                 | <input type="checkbox"/> 200mgペン   |
|                 | <input type="checkbox"/> 200mgシリンジ |

|     |  |
|-----|--|
| 併用薬 |  |
|-----|--|



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

|    |    |    |    |                   |
|----|----|----|----|-------------------|
| 前面 | 背面 | 前面 | 背面 | かゆみスコア<br>(0~10)  |
|    |    |    |    |                   |
|    |    |    |    | POEMスコア<br>(0~28) |
|    |    |    |    |                   |

●体調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場合は、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

体調や気になったことのメモ欄

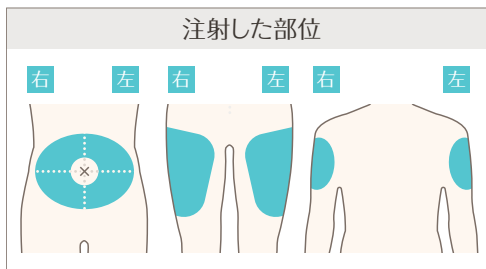
# 注射と体調の記録

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

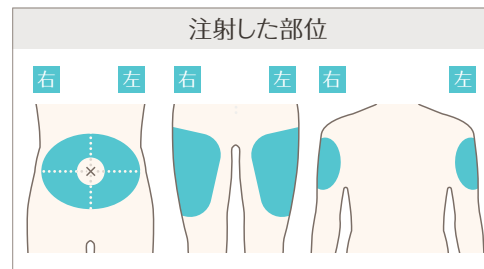
体調や気になったことのメモ欄

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

体調や気になったことのメモ欄

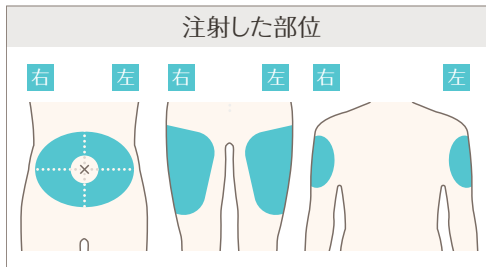
# 注射と体調の記録

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

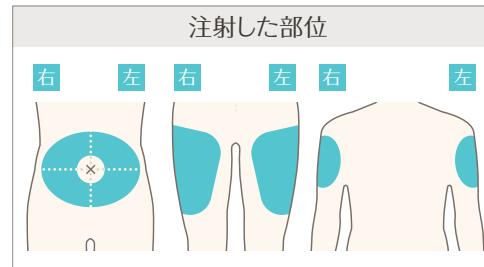
体調や気になったことのメモ欄

注射した日 / 次の予定日 /

デュピクセント®  
の種類

- 300mgペン
- 300mgシリンジ
- 200mgペン
- 200mgシリンジ

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)

皮疹の状態

かゆみスコア (0~10)

POEMスコア (0~28)

●体調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場合は、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

体調や気になったことのメモ欄

# POEMスコア<sup>※</sup> (自覚症状の評価指標)

以下は、あなたのお子さまの湿疹についての7つの質問です。各質問に対し、回答を1つ選び丸で囲んでください。回答できない質問があった場合は、空白のままにしてください。

※Patient-Oriented Eczema Measure

| 質問  | 選択肢                                |
|---|------------------------------------|
| 1. 最近1週間のうち、湿疹のために皮ふが痒かった日は何日ありましたか？                  | なし(0日) 1~2日<br>3~4日 5~6日<br>毎日(7日) |
| 2. 最近1週間のうち、湿疹のために睡眠が妨げられた日は何日ありましたか？                 | なし(0日) 1~2日<br>3~4日 5~6日<br>毎日(7日) |
| 3. 最近1週間のうち、湿疹のために皮膚から血が出ていた日は何日ありましたか？               | なし(0日) 1~2日<br>3~4日 5~6日<br>毎日(7日) |
| 4. 最近1週間のうち、湿疹のために皮膚から透明な液がしみ出たり、したたりおちていた日は何日ありましたか？ | なし(0日) 1~2日<br>3~4日 5~6日<br>毎日(7日) |
| 5. 最近1週間のうち、湿疹のために皮膚がひび割れていた日は何日ありましたか？               | なし(0日) 1~2日<br>3~4日 5~6日<br>毎日(7日) |
| 6. 最近1週間のうち、湿疹のために皮膚がボロボロとはがれ落ちていた日は何日ありましたか？         | なし(0日) 1~2日<br>3~4日 5~6日<br>毎日(7日) |
| 7. 最近1週間のうち、湿疹のために皮膚が乾燥したりザラザラしていると感じた日は何日ありましたか？     | なし(0日) 1~2日<br>3~4日 5~6日<br>毎日(7日) |

回答は次のとおり点数に換算します：

「なし(0日)」の場合は0点、「1~2日」の場合は1点、「3~4日」の場合は2点、「5~6日」の場合は3点、「毎日」の場合は4点。

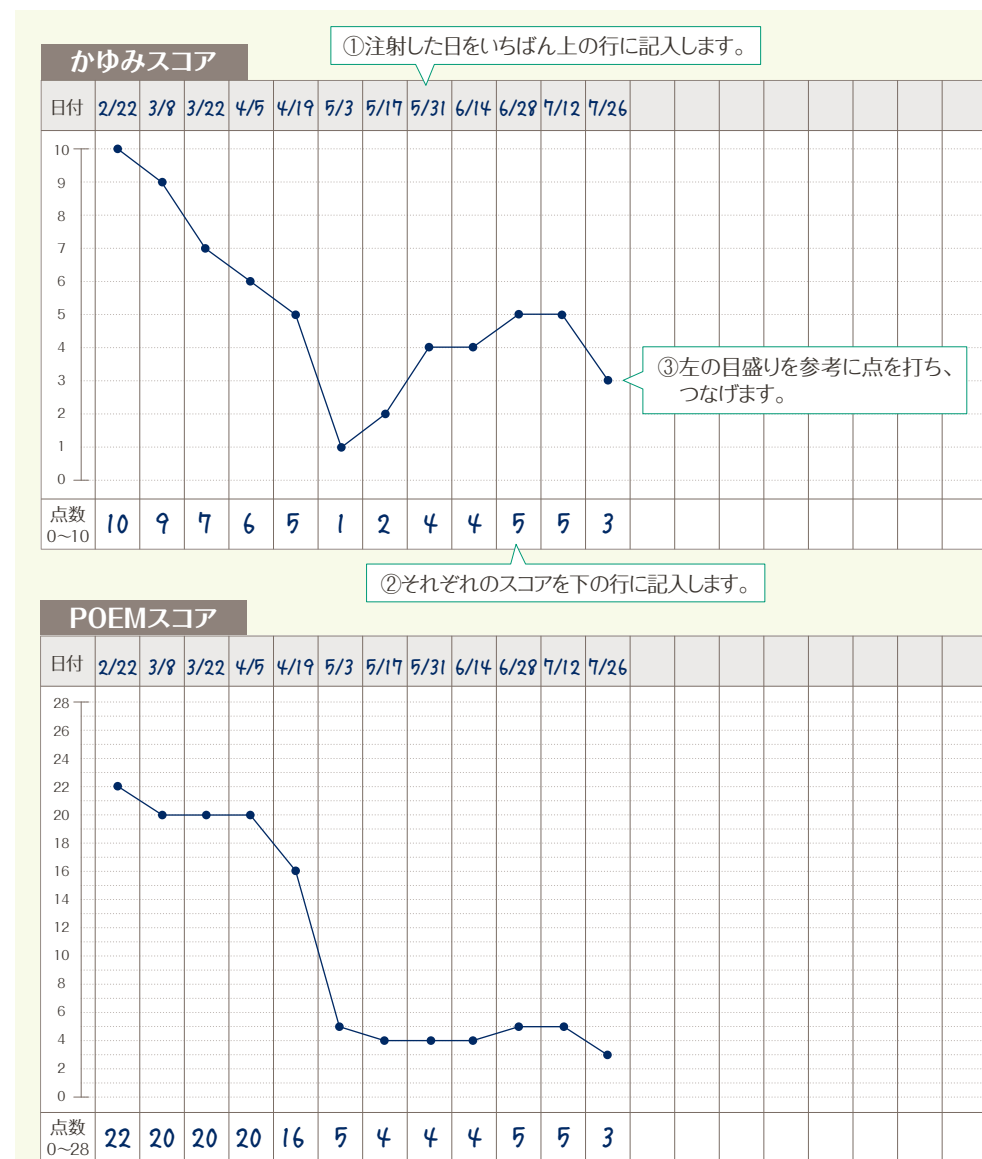
各項目の点数を合計して総合点を算出し、総合点を「治療と体調の記録」の「POEMスコア」欄に記入しましょう。

総合点が高いほど悪い症候状態を表し、「0~2点=消失またはほぼ消失」、「3~7点=軽度の湿疹」、「8~16点=中等度の湿疹」、「17~24点=重度の湿疹」、「25~28点=非常に重度の湿疹」とされています。

<https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/cebpd/resources/poem.aspx>  
(国立成育医療研究センターアレルギー科による日本語版)

# スコアの経過 記入例

注射日に記入した「かゆみスコア」「POEMスコア」「ADCTスコア」をもとに折れ線グラフを書いてみましょう。記入例は、2週間ごとに注射した場合の6ヵ月の経過を示しています。このようなグラフを作ってみることで、アトピー性皮膚炎の症状が上手にコントロールできているかをご自身で確認することができます。



# スコアの経過

この見開きで6ヵ月(2週間に一度の注射の場合)～1年間(4週間に一度の注射の場合)を記入できます。

| かゆみスコア     |  |
|------------|--|
| 日付         |  |
| 10         |  |
| 9          |  |
| 8          |  |
| 7          |  |
| 6          |  |
| 5          |  |
| 4          |  |
| 3          |  |
| 2          |  |
| 1          |  |
| 0          |  |
| 点数<br>0～10 |  |

| かゆみスコア     |  |
|------------|--|
| 日付         |  |
| 10         |  |
| 9          |  |
| 8          |  |
| 7          |  |
| 6          |  |
| 5          |  |
| 4          |  |
| 3          |  |
| 2          |  |
| 1          |  |
| 0          |  |
| 点数<br>0～10 |  |

| POEMスコア    |  |
|------------|--|
| 日付         |  |
| 28         |  |
| 26         |  |
| 24         |  |
| 22         |  |
| 20         |  |
| 18         |  |
| 16         |  |
| 14         |  |
| 12         |  |
| 10         |  |
| 8          |  |
| 6          |  |
| 4          |  |
| 2          |  |
| 0          |  |
| 点数<br>0～28 |  |

| POEMスコア    |  |
|------------|--|
| 日付         |  |
| 28         |  |
| 26         |  |
| 24         |  |
| 22         |  |
| 20         |  |
| 18         |  |
| 16         |  |
| 14         |  |
| 12         |  |
| 10         |  |
| 8          |  |
| 6          |  |
| 4          |  |
| 2          |  |
| 0          |  |
| 点数<br>0～28 |  |

# 日常生活で気をつけたいこと

## 住環境の注意

ダニやカビなどのハウスダストは、アトピー性皮膚炎の原因になり、かゆみを引き起こすことがわかっています。部屋はこまめに掃除し、ふとんやシーツ、枕カバーなども清潔に保ちましょう。また、皮膚の乾燥を防ぐために、室内の湿度を適度に保つことも大切です。



部屋をこまめに掃除し、ダニやカビなどを取り除く



エアコンや暖房器具の使い過ぎに注意



加湿器を利用して部屋の湿度を保つ

## 服装や身だしなみの注意

衣類や髪型なども、皮膚に刺激を与え、かゆみを引き起こすことがあるため注意が必要です。また、皮膚をかいてしまったときに傷つけないように、爪は短くしておいた方がよいでしょう。



肌着は化学繊維、ウールのもは避け、できれば木綿に



皮膚に刺激を与えないように、髪型も工夫する



爪は、いつも短く清潔にしておく

## その他の日常生活での工夫

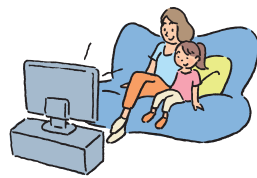
皮膚は温まるとかゆみが強くなるので、かゆくてがまんできないときは、その部分を冷やすと効果的です。また、香辛料の入った食事、ストレスなどもかゆみを悪化させる要因になるので、これらを守る工夫をしてみましょう。



かゆいときは、その部分を冷たいタオルなどで冷やす



香辛料などの摂取は控えめに



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

# お子さまの情報をメモしておきましょう

記入した日 月 日

• お名前(お子さま)

(保護者のお名前: )

• 生年月日

年 月 日

• 現在の年齢

歳 カ月

• 体重

kg

• 連絡先(保護者)

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。