

# 治療生活の 新しいパートナー 「MyWay」アプリ

デュピクセントを使用される患者さんのためのアプリ「MyWay」が登場。注射や費用についての疑問解消、予定管理もこれひとつ。安心して治療を続けられるように、いつでも手もとでサポートします。



- 自己注射のリマインダー
- 自己注射ガイド
- 治療日誌
- 学習コンテンツ
- 身の回りの環境情報
- お問い合わせ



「MyWay」アプリのはじめ方は裏側をご覧ください。

※現在、18歳以上の患者さんがご利用いただけます。

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 — 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



## 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

- 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に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。

# 治療を続けるための工夫

## 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ょう

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しくい」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。アトピー性皮膚炎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？



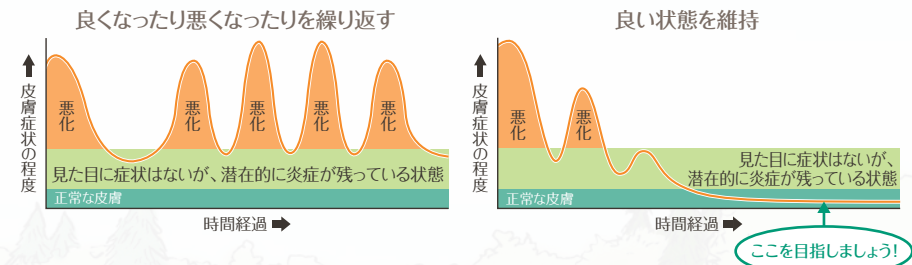
## アトピー性皮膚炎の治療目標

アトピー性皮膚炎の治療では、以下のような状態を維持することを目指します。

- ① 症状がない状態、あるいはあっても日常生活に支障がなく、薬物療法もあまり必要としない状態
- ② 軽い症状はあっても、急に悪化することはなく、悪化してもそれが続かない状態

アトピー性皮膚炎は良くなったり悪くなったりを繰り返しやすい病気ですが、良い状態を維持することが大切です。よい状態を目指して、あなたの治療目標を達成しましょう。

## 皮膚の状態の程度



## 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。



### 症状を悪化させる要因への対策を忘れずに!

汗、ストレス、ハウスダストやダニ、細菌・カビ、食物など、アトピー性皮膚炎の悪化因子は人によって異なります。自分の悪化因子を探し、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ページに治療ゴールを書き出してみましょう

# 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

# デュピクセント®による治療

デュピクセント®は成人または体重30kg以上の小児の患者さんでは初回投与後は2週間隔、30kg未満の小児の患者さんでは4週間隔で投与をします。  
小児の患者さんでは、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

### 上腕部（二の腕）の外側

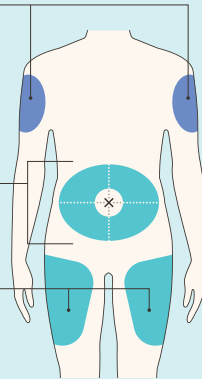
ご家族が患者さんに注射する場合は、上腕部（二の腕）に注射することも可能です。  
**患者さんご自身が注射する場合は、この部位は避けてください。**

### へそ周り以外の腹部

へその周り5cmは避けて注射してください。

### 太もも

- 患者さんご自身、またはご家族が患者さんに注射する場合
- ご家族が患者さんに注射する場合（患者さんご自身が注射する場合は避ける）



## 投与上の注意点

- 衣服の上から注射しないでください。
- 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

- 成人の患者さんには固定用量で皮下投与します。
- 生後6ヵ月以上の小児の患者さんには、**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。
- 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 小児には4週間隔と2週間隔の投与があります。
成人	固定用量	初回用量 600mg 1回 300mg  300mgシリンジまたは300mgペンを使用します。	2週間 2週間 2週間 2週間 1回目 2回目 3回目 4回目 5回目 2本 1本 1本 1本 1本
	60kg以上	初回用量 600mg 1回 300mg  300mgシリンジまたは300mgペンを使用します。	2週間 2週間 2週間 2週間 1回目 2回目 3回目 4回目 5回目 2本 1本 1本 1本 1本
小児（生後6ヵ月以上）	30kg以上 60kg未満	初回用量 400mg 1回 200mg  200mgシリンジまたは200mgペンを使用します。	2週間 2週間 2週間 2週間 1回目 2回目 3回目 4回目 5回目 2本 1本 1本 1本 1本
	15kg以上 30kg未満	初回用量 300mg 1回 300mg  300mgシリンジまたは300mgペンを使用します。	4週間 4週間 1回目 2回目 3回目 1本 1本 1本
	5kg以上 15kg未満	初回用量 200mg 1回 200mg  200mgシリンジまたは200mgペンを使用します。 ※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 4週間 1回目 2回目 3回目 1本 1本 1本
	5kg以上 15kg未満	初回用量 200mg 1回 200mg  200mgシリンジまたは200mgペンを使用します。 ※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 4週間 1回目 2回目 3回目 1本 1本 1本

記入例

# 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
- ・クロベ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

注射した部位

(ご家族のみ)

皮疹の状態

前面 背面

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

かゆみスコア(0～10)	<b>7</b>	ADCTスコア	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0～24)
POEMスコア(0～28)	<b>21</b>		3	2	2	2	3	3	15
			質問1～質問6の、いずれかの項目が2点以上(質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。						<input checked="" type="checkbox"/>

●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

体調や気になったことのメモ欄

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。

# 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

注射した部位

皮疹の状態

前面 背面

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

かゆみスコア(0～10)		ADCTスコア	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0～24)
POEMスコア(0～28)									
			質問1～質問6の、いずれかの項目が2点以上(質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。						<input type="checkbox"/>

●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

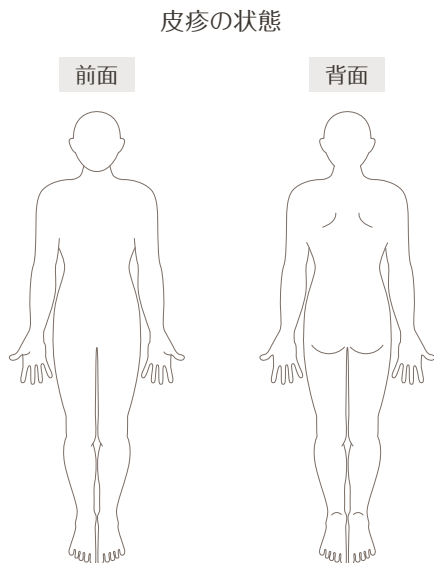
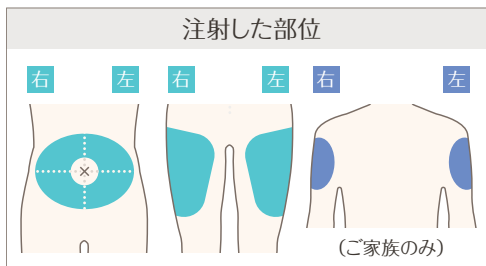
体調や気になったことのメモ欄

# 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	<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)

かゆみスコア(0~10)	
POEMスコア(0~28)	

	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)
ADCT スコア							
質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上 (質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。							<input type="checkbox"/>

●体調や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

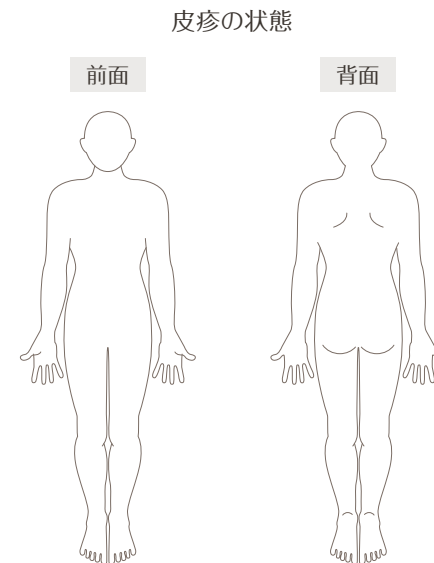
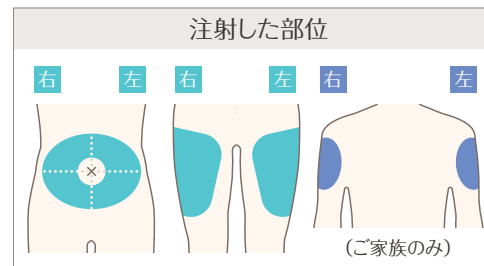
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

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	<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)

かゆみスコア(0~10)	
POEMスコア(0~28)	

	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)
ADCT スコア							
質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上 (質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。							<input type="checkbox"/>

●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

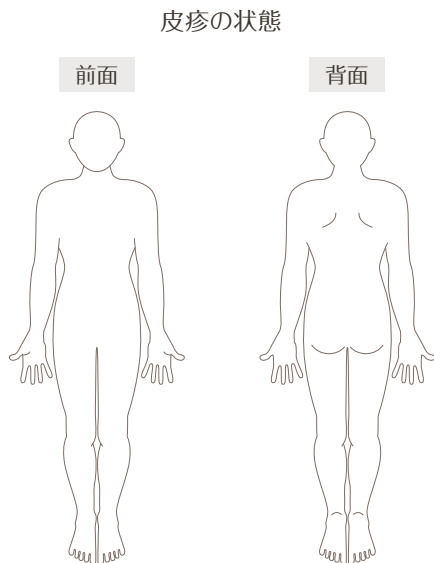
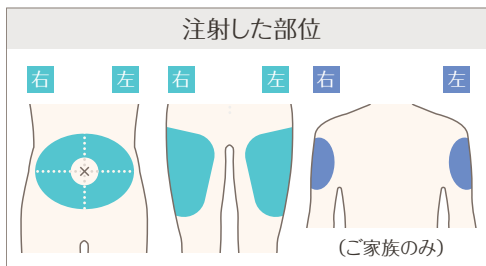
体調や気になったことのメモ欄

# 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	<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)

かゆみスコア(0~10)	
POEMスコア(0~28)	

	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)
ADCT スコア							
質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上 (質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。							<input type="checkbox"/>

●体調や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

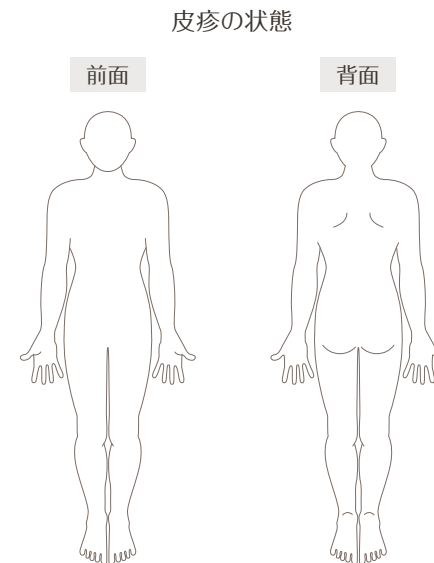
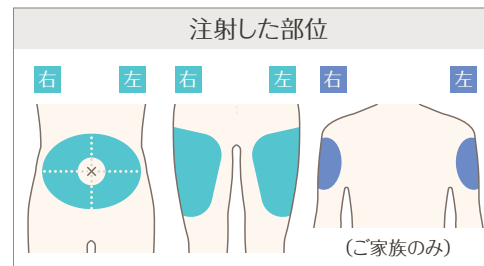
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

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	<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)

かゆみスコア(0~10)	
POEMスコア(0~28)	

	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)
ADCT スコア							
質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上 (質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。							<input type="checkbox"/>

●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

体調や気になったことのメモ欄

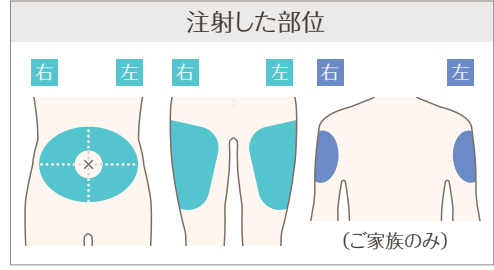
# 注射と体調の記録

デュピクセント®  
の種類

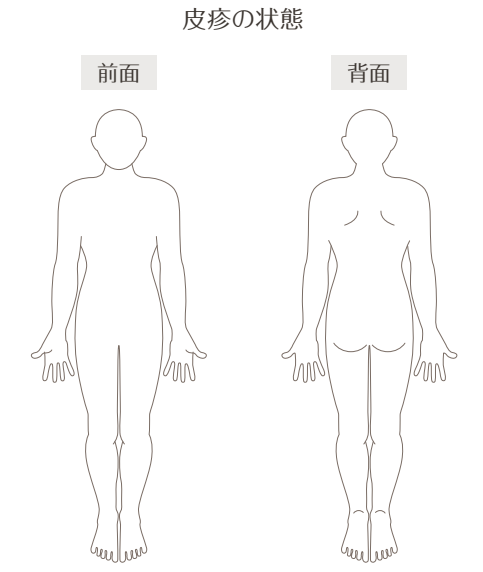
300mgペン  
 300mgシリンジ  
 200mgペン  
 200mgシリンジ

注射した日 / 次  
 次の予定日 /

併用薬



注射時の気になる症状(注射時の痛みや腫れなど)



かゆみスコア(0~10)

POEMスコア(0~28)

ADCT スコア	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)

質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上  
(質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。

●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

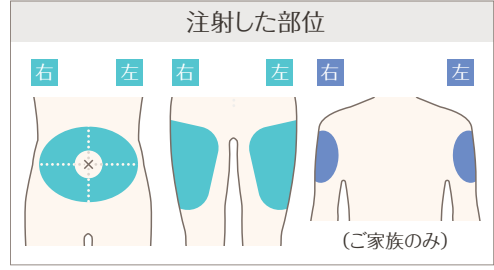
体調や気になったことのメモ欄

注射した日 / 次  
 次の予定日 /

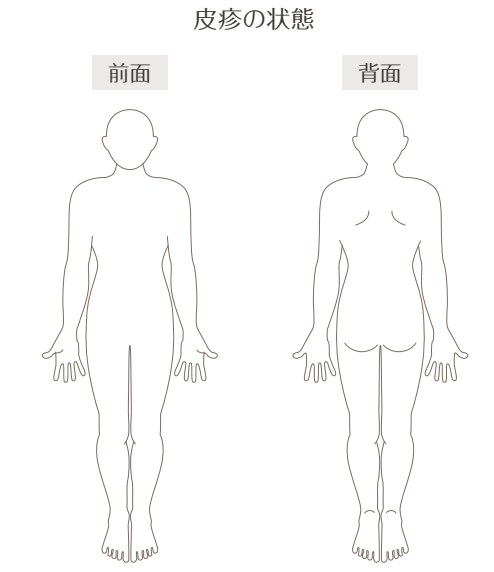
デュピクセント®  
の種類

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)



かゆみスコア(0~10)

POEMスコア(0~28)

ADCT スコア	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)

質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上  
(質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。

●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

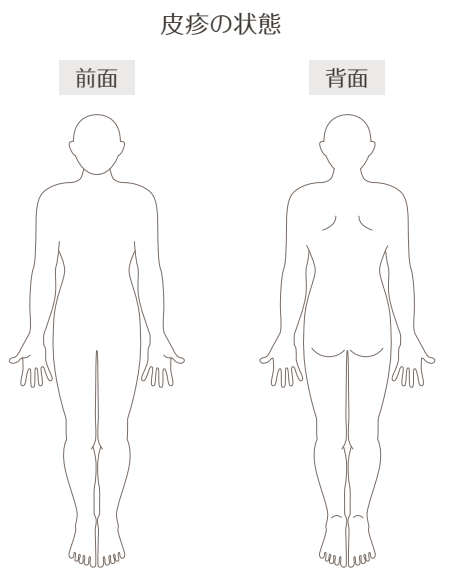
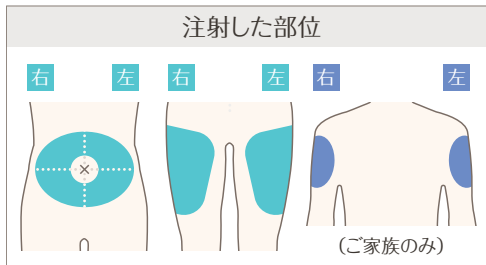
体調や気になったことのメモ欄

# 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	<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)

かゆみスコア(0~10)	
POEMスコア(0~28)	

	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)
ADCT スコア							
質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上 (質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。							<input type="checkbox"/>

●体調や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

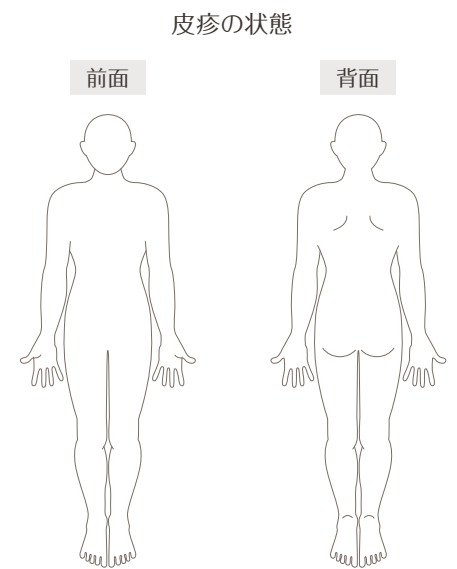
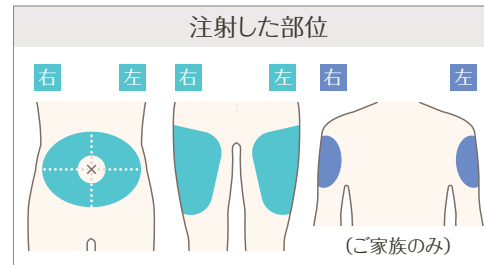
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

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	<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)

かゆみスコア(0~10)	
POEMスコア(0~28)	

	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)
ADCT スコア							
質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上 (質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。							<input type="checkbox"/>

●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

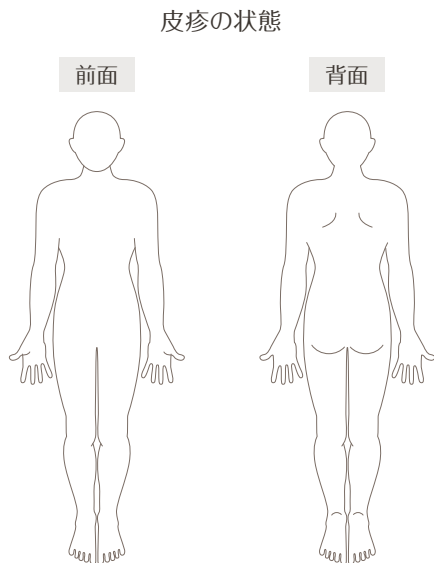
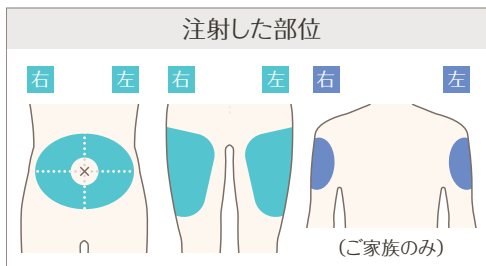
体調や気になったことのメモ欄

# 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	<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)

かゆみスコア(0~10)	
POEMスコア(0~28)	

	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)
ADCT スコア							
質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上 (質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。							<input type="checkbox"/>

●体調や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

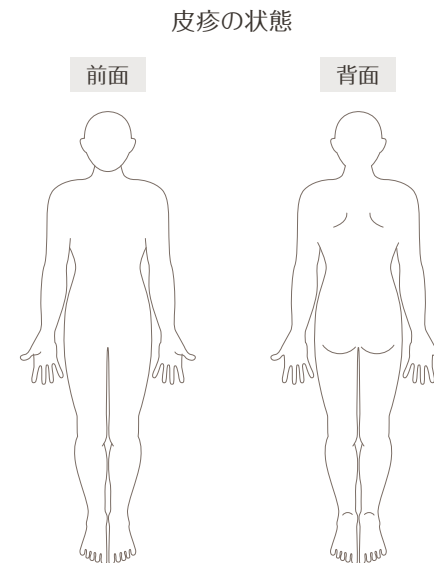
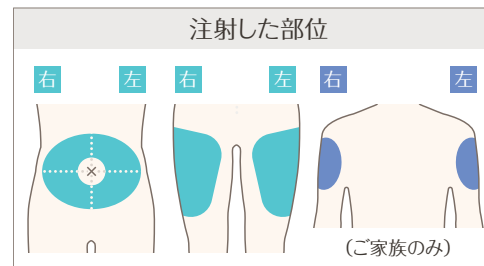
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

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	<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)

かゆみスコア(0~10)	
POEMスコア(0~28)	

	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)
ADCT スコア							
質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上 (質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。							<input type="checkbox"/>

●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

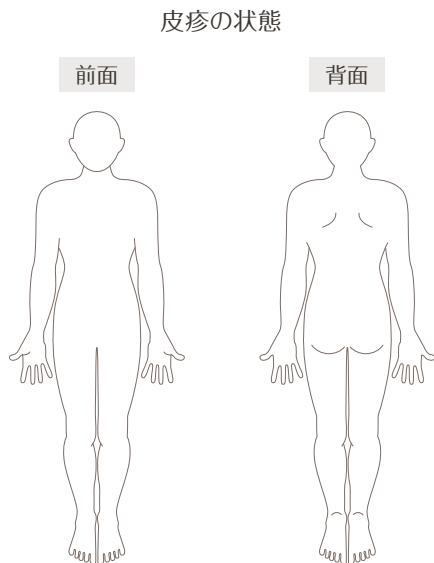
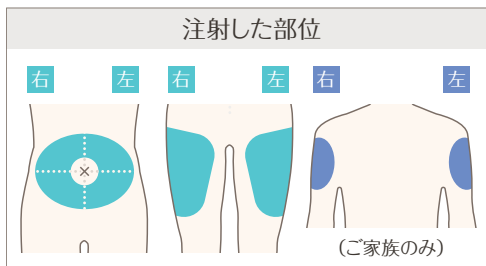
体調や気になったことのメモ欄

# 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	<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)

かゆみスコア(0~10)	
POEMスコア(0~28)	

	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)
ADCT スコア							
質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上 (質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。							<input type="checkbox"/>

●体調や先生に伝えたいことを書き留めておきましょう

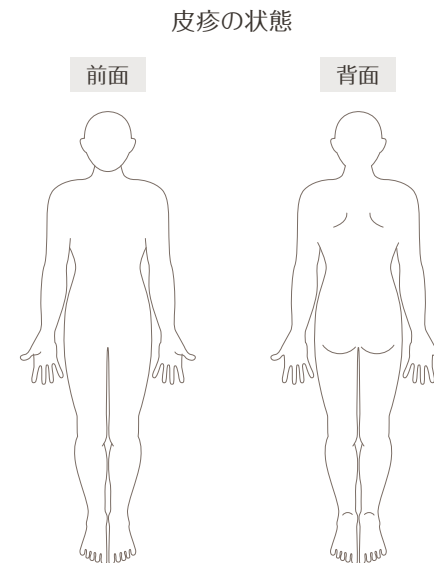
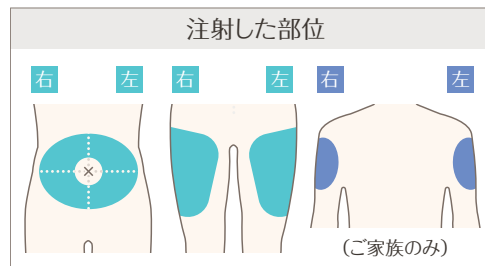
※喘息など他のアレルギー性疾患がある方は、治療薬の変更や症状の変化も記録し、皮膚科の先生にも伝えましょう

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	<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)

かゆみスコア(0~10)	
POEMスコア(0~28)	

	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5	質問6	合計(0~24)
ADCT スコア							
質問1~質問6の、いずれかの項目が2点以上 (質問4は1点以上)の場合は、チェックを入れてください。							<input type="checkbox"/>

●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

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、あなたの湿疹についての質問です。各質問に対し、回答を一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. この1週間で、湿疹のために皮膚のかゆみがあった日は何日ありましたか？	なし(0日) 1~2日 3~4日 5~6日 毎日
2. この1週間で、湿疹のために夜の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 3~4日 5~6日 毎日
3. この1週間で、湿疹のために皮膚から出血した日は何日ありましたか？	なし(0日) 1~2日 3~4日 5~6日 毎日
4. この1週間で、湿疹のために皮膚がジクジク(透明な液体がにじみ出る)した日は何日ありましたか？	なし(0日) 1~2日 3~4日 5~6日 毎日
5. この1週間で、湿疹のために皮膚にひび割れができた日は何日ありましたか？	なし(0日) 1~2日 3~4日 5~6日 毎日
6. この1週間で、湿疹のために皮膚がポロポロと剥がれ落ちた日は何日ありましたか？	なし(0日) 1~2日 3~4日 5~6日 毎日
7. この1週間で、湿疹のために皮膚が乾燥または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 3~4日 5~6日 毎日

©The University of Nottingham

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。

Charman CR et al. Arch Dermatol 2004;140:1513-1519  
Charman CR et al. Br J Dermatol 2013;169:1326-1332

# ADCT<sup>※</sup>スコア(アトピー性皮膚炎のコントロール状態を評価する指標)

※Atopic Dermatitis Control Tool; アトピー性皮膚炎のコントロール状態に関する調査票

以下は、あなたのアトピー性皮膚炎のコントロール状態に関する質問です。  
各質問に対し、回答を1つ選び○で囲んでください。

質問	0点	1点	2点	3点	4点
1. この1週間、アトピー性皮膚炎の症状(例えば、かゆみ、乾燥肌、発疹)はどの程度でしたか。	なし	軽い	中くらい	ひどい	かなりひどい
2. この1週間、アトピー性皮膚炎のために激しいかゆみが起こったことは何日ありましたか。	全くなかった	1~2日	3~4日	5~6日	毎日
3. この1週間、アトピー性皮膚炎にどの程度悩まされましたか。	全くなかった	少し	ある程度	とても	極めて
4. この1週間、アトピー性皮膚炎のためになかなか寝付けなかったり、途中で目が覚めたりすることが何晩ありましたか。	全くなかった	1~2晩	3~4晩	5~6晩	毎晩
5. この1週間、アトピー性皮膚炎がどの程度日常の活動に影響しましたか。	全くなかった	少し	ある程度	とても	極めて
6. この1週間、アトピー性皮膚炎がどの程度気分や感情に影響しましたか。	全くなかった	少し	ある程度	とても	極めて



6つの質問すべてに回答したら、合計スコアを計算し、各項目のスコアと一緒に記録してください。

- 選んだ回答のスコアを合計しましょう。合計スコアは0~24点の範囲となります。
- 合計スコアを「注射と体調の記録」の「ADCTスコア」欄に記録してください。
- 回答の結果、以下のいずれかに当てはまる場合、あなたのアトピー性皮膚炎は良好にコントロールされていない可能性があります。
  - ①合計スコアが7点以上の場合(スコアが高いほどコントロール状態が悪い)
  - ②選んだ回答のなかに1つでも青色欄の回答が含まれている場合

ATOPIIC DERMATITIS CONTROL TOOL [https://www.adcontroltool.com/]

© Atopic Dermatitis Control Tool\_Version 1, 28 Feb 2020 Sanofi Group and Regeneron Pharmaceuticals Inc.  
All Rights Reserved. ADCT - Japan/Japanese





# あなたの情報をメモしておきましょう

記入した日 年 月 日

• お名前	
• 生年月日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> <span>年</span> <span>月</span> <span>日</span> </div>	
• 現在の年齢 <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> <span>歳</span> </div>	• 体重 <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> <span>kg</span> </div>
• 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。

## 「MyWay」アプリのはじめ方

