

## 来院時の持ち物

- 1) 患者日誌またはアプリ\*  
\*スマートフォン向けアプリ「CSL IgGサポートナビ」
- 2) 保険証
- 3) 診察券
- 4) 保冷バッグ(保冷剤)  
「ハイゼントラ®投与方法マニュアル」の  
医療機関からの持ち帰り方を確認してください。
- 5) 使用済みバイアル
- 6) 廃棄容器(廃棄ボックス、ビニール袋)
- 7) その他  
医療機関のスタッフから指示された物



## 自己注射に必要な物

- 1) サージカルテープ
- 2) 消毒用アルコール綿
- 3) 脱脂綿または滅菌ガーゼ  
(直角タイプ翼状針を使用しない場合)
- 4) ばんそうこう
- 5) 廃棄容器(廃棄ボックス、ビニール袋)
- 6) 外用局所麻酔剤(ハイゼントラ®注射用に  
処方された物、必要に応じて使用)
- 7) ハイゼントラ®専用翼状針(直角タイプ)  
またはハイゼントラ®専用翼状針  
(直角タイプ翼状針を使用しない場合)
- 8) ハイゼントラ®専用Y字接続チューブ  
(2箇所同時に投与する場合)
- 9) ツートック®(採液針)
- 10) ロック付シリンジ
- 11) バイアル
- 12) シリンジポンプ
- 13) 患者日誌またはアプリ

## 緊急時の連絡先

かかりつけの医療機関 診療科名・主治医の名前など	TEL:
休日・夜間緊急連絡先	TEL:

### 【ハイゼントラ®の投与方法などの確認に関する連絡先】

CSLベーリング株式会社 CSLセルフケア窓口  
フリーダイヤル TEL: 0120-663-440 (24時間365日受付)

### 電話で伝える内容

- 1) 氏名
- 2) 現在の状況と症状(何時から、どこが、どのように、どうなのか、など)
- 3) 注射状況(いつもの状況と、今回の緊急時の状況)

### 緊急時に受診する場合に準備する物

- 1) 保険証
- 2) 診察券
- 3) 自分の症状を記録した患者日誌

\*本資料は医薬品リスク管理計画に基づき作成された資料です。  
All registered trademarks are the property of their respective companies.

JPN-HIZ-1823  
2023年6月作成

CSLベーリング株式会社  
〒107-0061 東京都港区北青山一丁目2番3号

医薬品リスク管理計画  
(RMP)

CSL Behring

ハイゼントラ® 患者日誌  
My Diary  
ハイゼントラ® による  
治療を受ける患者さん向け

監修

防衛医科大学校  
小児科学

教授 今井 耕輔 先生

# はじめに

## 注意

- ・ハイゼントラ® (以下、薬) を安全に注射するためには、手順を守ることが大切です。「ハイゼントラ® 投与法マニュアル」で紹介している手順を、必ず守って注射してください。注射手順に慣れてきても省略したりせず、すべての手順を順番どおりに行ってください。
- ・薬は、皮下(皮膚の下)に注射してください。静脈などの血管には注射しないでください。
- ・へそ周囲、ウエストラインおよび太ももの内側への注射は避けてください。
- ・腫れやくぼみ、痛み、変色などがみられる部位への注射は避けてください。

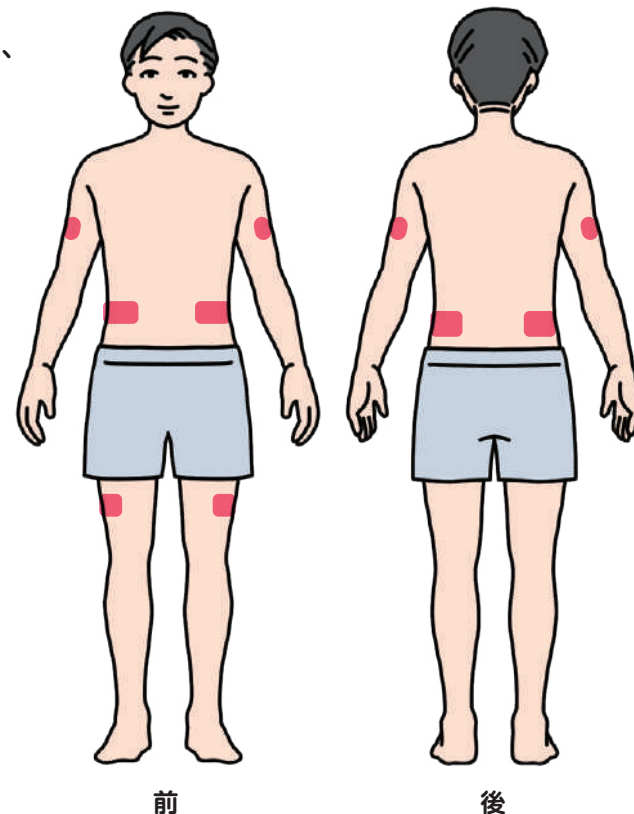
## ●投与スケジュール、注射部位、注入量・注入速度の決定

薬の最適な投与スケジュール、注射部位、注入量・注入速度については、主治医から指導を受けてください。また、複数箇所から投与を行う場合も、主治医からの指導を受けてください。

### ◆注射部位

お腹、太もも、腕、腰まわりが好ましい注射部位とされています。腕の内側ならびに脇の下への注射は避けてください。どの部位が適しているかは、主治医から指導を受けてください。

※投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。



※複数箇所から投与を行う場合は、主治医の指導に従って行ってください。

## 注射する部位

## ●あなたの投与スケジュール、総注入量、注射部位ごとの注入量

■投与スケジュール \_\_\_\_\_ 週ごと

■総注入量 \_\_\_\_\_ mL

■予定注入時間 \_\_\_\_\_ 時間

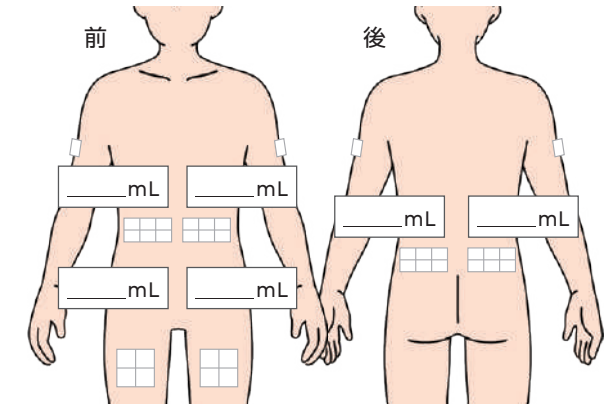
■注入箇所 \_\_\_\_\_ 箇所

■注入速度 \_\_\_\_\_ mL/時間

### あなたの1回あたりの総注入量

( ) mL包装 × ( ) バイアル  
 ( ) mL包装 × ( ) バイアル  
 ( ) mL包装 × ( ) バイアル  
 → 合計( ) mLを注入してください。

合計注入量は、注入量にプライミング量を加味した量になります。プライミング量とは、翼状針、輸液チューブ内を満たす薬の量のことです。



## ●準備物品

◇医療機関からご提供する物

<p>ハイゼントラ®専用 Y字接続チューブ</p> <p>2箇所同時に投与する場合</p>	<p>ハイゼントラ®専用翼状針</p> <p>※イラストはハイゼントラ®専用翼状針(直角タイプ)です。</p>	<p>ツートック®(採液針)</p> <p>バイアル1本に対して1つ使用</p>	<p>ロック付シリンジ</p> <p>注入セット</p>
<p>バイアル</p>	<p>シリンジポンプ</p>	<p>外用局所麻酔剤(ハイゼントラ®注射用に処方された物)</p> <p>必要に応じて使用</p>	<p>廃棄ボックス</p>

◇医療機関の指示に従ってご準備いただく物

<p>サージカルテープ</p>	<p>脱脂綿または滅菌ガーゼ</p>	<p>消毒用アルコール綿</p>	<p>ばんそうこう</p>	<p>ビニール袋</p>
-----------------	--------------------	------------------	---------------	--------------

※直角タイプ翼状針を使用しない場合

## 記入例

注入時に開始時間と終了時間をメモしておき、忘れずに記録するようにしましょう。

医療機関で決められた注入量を守り、記載しておきましょう。

バイアルの箱に付いている製造番号のシールを貼付しましょう。

注入日 20XX年 4月 8日 (金)

●総注入量 40 mL  
●注入箇所 箇所  
●予定注入時間 時間  
●注入速度 mL/時間

●注入にかかった時間 15:00 ~ 16:00

●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)  
ハイゼントラ20%皮下注1g/5mL  
製造番号:XXXXXXXXXX

●副作用やトラブルはありましたか? なし あり(下記へ内容を記入)

投与後30分くらい軽い頭痛がしました。また、投与部位に少しかゆみを感じました。

連絡欄

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

・ハイゼントラを注入し始めてから、体調がいい気がします。  
・注入時間をずらしたいのですが、大丈夫ですか?

注入中や注入後に下記のようなことがおこったら、必ずメモし、主治医に報告しましょう。

**[副作用]**

・痛み ・かゆみ ・皮膚が赤くなる ・皮膚が腫れる

※症状とともに「続いた時間」、「程度」などを詳しく記入しましょう。

**[トラブル]**

よくしゅうしん  
・翼状針が曲がったり、折れたりしてしまった  
・注入途中で針が外れて、薬が漏れてしまった

そのほかに気になることなどがあつたら必ずメモし、主治医に報告しましょう。

注入日 年 月 日 ( )

●総注入量 mL  
●注入箇所 箇所

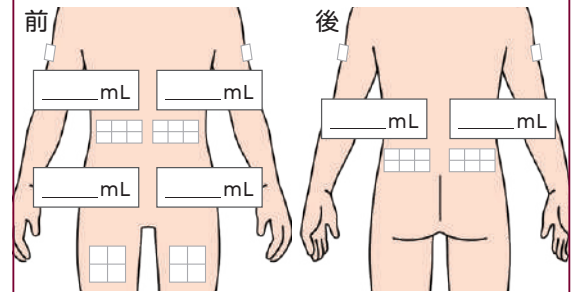
●予定注入時間 時間  
●注入速度 mL/時間

●注入にかかった時間 : ~ :

●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)

●副作用やトラブルはありましたか? なし あり(下記へ内容を記入)

●注入部位と各部位ごとの注入量



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

注入日 年 月 日 ( )

●総注入量 mL  
●注入箇所 箇所

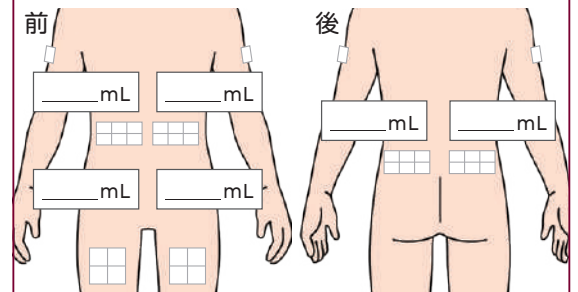
●予定注入時間 時間  
●注入速度 mL/時間

●注入にかかった時間 : ~ :

●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)

●副作用やトラブルはありましたか? なし あり(下記へ内容を記入)

●注入部位と各部位ごとの注入量



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

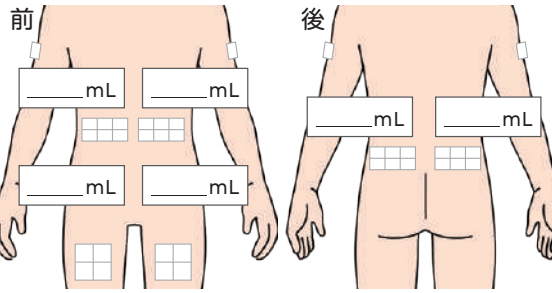
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

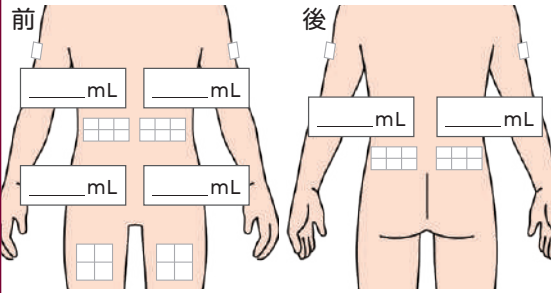
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

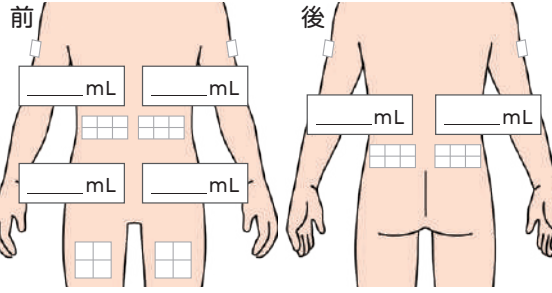
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

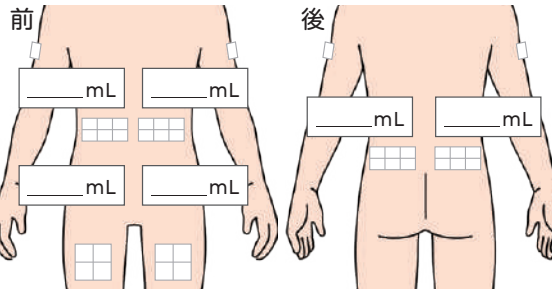
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

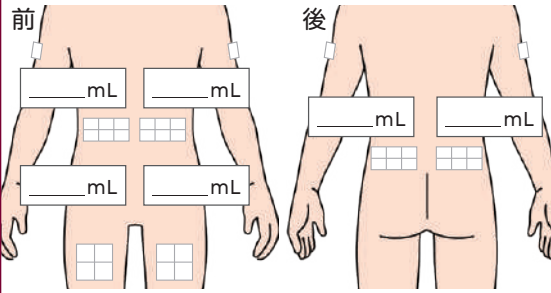
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

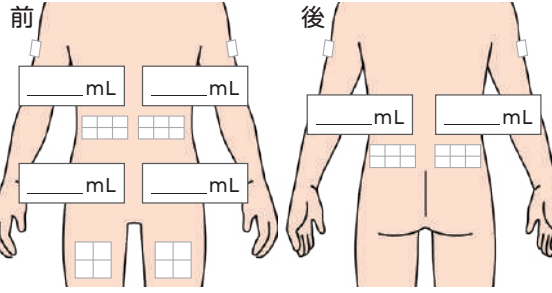
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

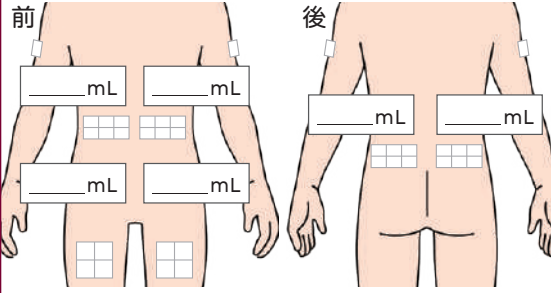
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

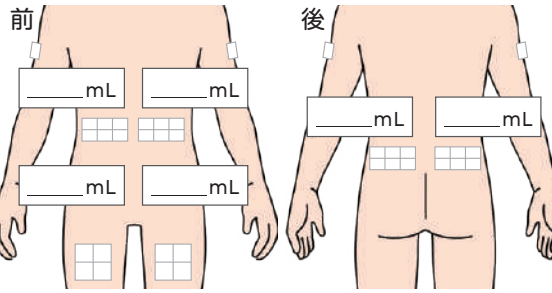
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

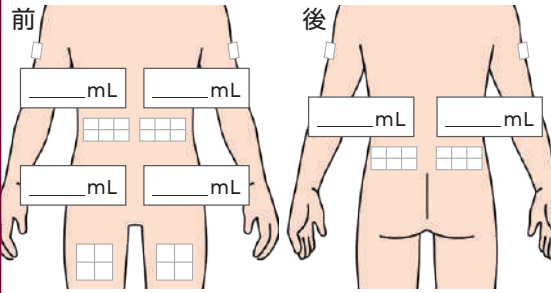
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

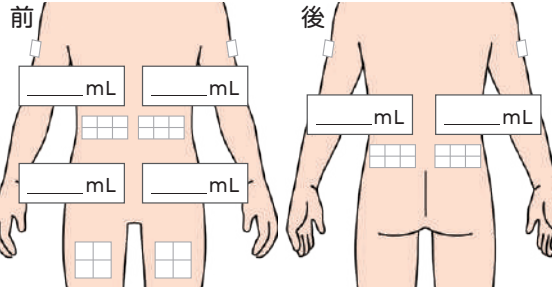
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**



**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

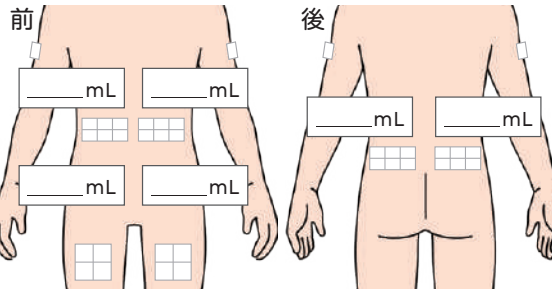
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

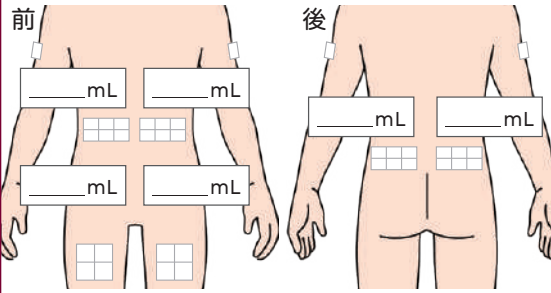
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

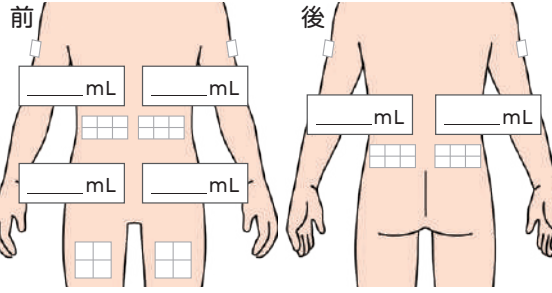
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

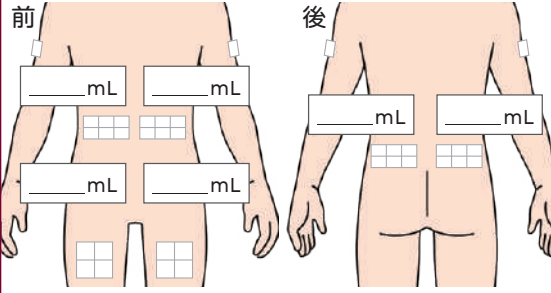
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

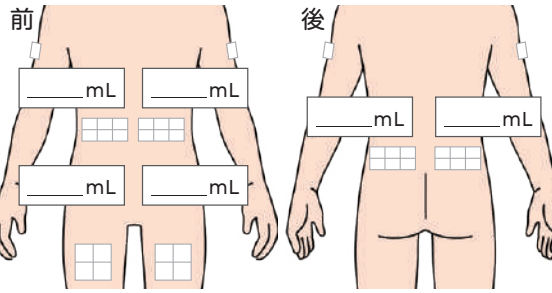
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

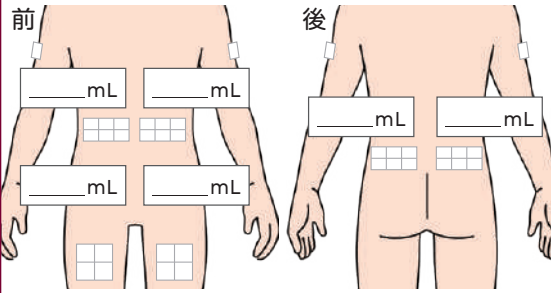
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

連絡欄

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**

投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

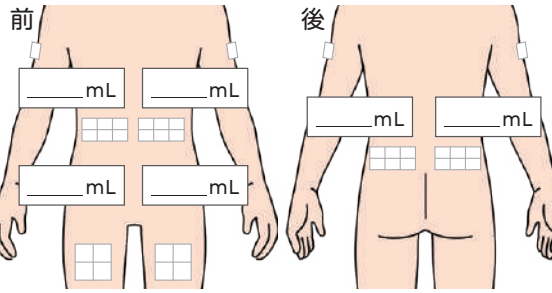
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

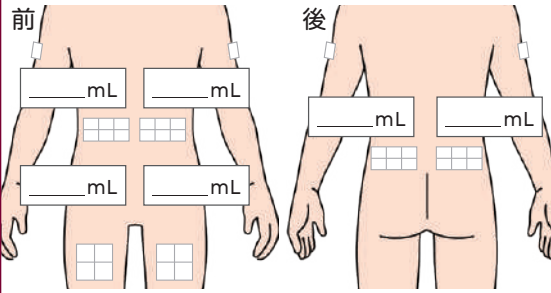
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

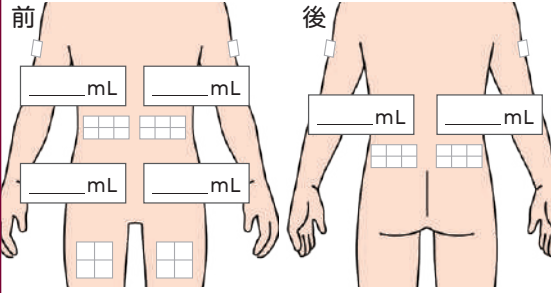
前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**

**注入日**    年    月    日 (    )

●総注入量 mL	●注入箇所 箇所
●予定注入時間 時間	●注入速度 mL/時間
●注入にかかった時間 : ~ :	
●製造番号(バイアルの箱に付いているシールを貼付)	
●副作用やトラブルはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記へ内容を記入)	

**●注入部位と各部位ごとの注入量**



投与ごとに前回の投与部位から5cm以上離れた場所に注射してください。

前回からの体調の変化、ハイゼントラ®のほかに使った薬、医療機関への質問など

**連絡欄**