

医薬品リスク管理計画
(RMP)

コパキソン[®]皮下注 20mg シリンジ

患者手帳

ご家族の方と一緒に読みください

監修 和歌山県立医科大学 脳神経内科 宮本 勝一 先生

目次

はじめに	2
コパキソンについて	2
コパキソンを注射するにあたって	3
コパキソンおよびオートジェクト2の注意事項	5
患者手帳の使い方	6
注射部位マップ	7
注射の記録	9
患者カード	26

はじめに

コパキソン患者手帳は、コパキソンをご自身で注射されている方が、日々の注射を記録するための手帳です。日々の注射の記録は、コパキシソンの自己注射を正しく実施しているかを患者さんご自身、ご家族および主治医の先生が確認するために必要です。また、生活の中で気になることを記録しておけば、診察時に主治医の先生と症状について話し合う際にも役立ちます。

コパキソンについて

コパキソンは、多発性硬化症における再発予防のためのお薬です。多発性硬化症は、身体を守るはずの免疫機能に何らかの異常をきたし、自分自身を攻撃することで症状があらわれる疾患ですが、コパキソンは、この免疫機能を調節し、多発性硬化症の再発を抑制すると考えられています。

コパキソンは、専用の注入補助器を用い、1日1回皮下注射によって投与します。

コパキソンを注射するにあたって

コパキソンを注射した後に、注射直後反応、過敏性反応、注射部位反応とよばれる症状があらわれる場合があります。以下の内容をご確認いただき、気になる症状があらわれた場合は、主治医の先生に相談してください。

注射直後反応

コパキソンを注射した後、数分以内に、**胸部または顔面の紅潮(血管拡張)、胸痛や胸部の不快感、短時間の息苦しさ(呼吸困難)、動悸または頻脈**などの症状があらわれる場合があります。これらの症状は軽度・一過性で、自然に消失する場合がありますが、**重度な場合や軽度であっても症状が続く場合は、過敏性反応のおそれがあることから、ただちに主治医の先生に連絡してください。主治医の先生に連絡がつかない場合は、救急外来を受診してください。**また、注射のたびに症状があらわれる場合も主治医の先生に相談してください。

過敏性反応

コパキシソンの注射に伴い、**のどのかゆみ、持続する息苦しさ(呼吸困難)、発疹やじんましん、けいれん、失神**などの症状があらわれる場合があります。**これらの症状があらわれた場合は、次回以降の注射を中止し、主治医の先生に連絡してください。主治医の先生に連絡がつかない場合には、救急外来を受診してください。**

注射部位反応

コパキソンの注射に伴い、**注射部位が赤くなったり、痛みが生じたり、かゆくなる、はれる、しこりができる**などの症状があらわれる場合があります。このような症状を減らすためには、**正しい注射方法を身につけることが大切です**。毎回、**注射部位を変え、注射後はもんだり、こすったりしないようにしましょう**。痛みの緩和のためにシリンジは十分に室温に戻して注射します。注射の深さを浅くすれば、痛みが緩和される場合もありますので、主治医の先生に相談してください。

この手帳のp.9から始まる“注射の記録”のページを使って、注射した部位を記録しましょう。

その他の副作用

コパキソンを注射した後に、以下のような症状があらわれる場合があります。

- 感染症
- 皮膚の発疹
- 不安
- 関節や背中の痛み
- 気分が悪くなる
- 注射部位以外の痛み

ここに書かれている症状以外でも、**気になることやわからないことがあれば、主治医の先生や看護師さんに連絡してください**。

コパキソンおよびオートジェクト2の注意事項

コパキシンの注意事項

- 専用のプレフィルドシリンジ用注入補助器(オートジェクト2)を用いて行ってください。
- シリンジを注射部位以外の箇所や他人に向けないでください。
- 凍結を避け、外箱に入れて、冷蔵庫で保存してください。
- 開封後も光を遮り、保存してください。
- 溶液中に異物が認められた場合は使用しないでください。
- 注射針およびシリンジは再利用しないでください。
- 使用期限の過ぎた薬剤は使用しないでください。
- 小児等の手の届かない場所に保管してください。

オートジェクト2の注意事項

コパキソンを皮下注射するにあたっては、オートジェクト2という専用の注入補助器を用います。

- コパキソン投与以外の目的に使用しないでください。
- コパキソン皮下注20mgシリンジ(容量1.0mL・注射針29ゲージ1/2インチ)のみに使用できます。
- 他人と共用しないでください。
- 分解や改造をしないでください。
- シリンジをセットした状態で、注射部位以外の箇所や他人に向けないでください。
- 小児等の手の届かない場所に保管してください。
- 清潔に保管してください。
- 水につけたり、水をかけたりしないでください。

投与方法の詳細については、自己注射ガイドブックおよびDVDを参照してください。

患者手帳の使い方

記入した患者手帳は、診察時に主治医の先生にお見せください。

注射部位にあらわれた症状を記載します。

注射部位以外にあらわれた症状を記載します。またその症状が30分以内になくなったかチェックします。

〈記入方法〉

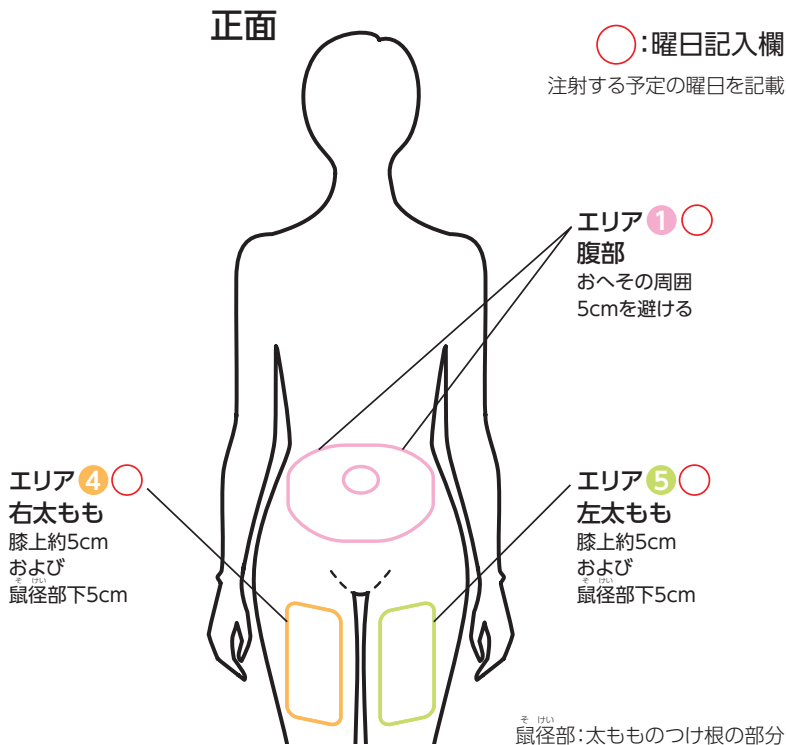
日付 (曜日)	注射した部位	デプスアジャスターの目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位にあらわれた症状	その他の症状
1 / 1 (月)	1	6	少しかゆくなった	<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

注射した日付を記載します。

次ページまたはしおりの「注射部位マップ」の表記にしたがって、注射した部位を記載します。

主治医の先生から伝えられたデプスアジャスターの目盛を記載します。

注射部位マップ



毎日、注射する部位を変更しましょう

注射部位が赤くなったり、痛みが生じたり、かゆくなる、はれる、しこりができるなどの症状を減らすためには、毎日、注射する部位を変更する必要があります。注射部位のエリア(1～7)を毎日変えながら注射するようにしましょう。患者さんご自身で注射ができない部位は、指導を受けたご家族が注射することも可能です。

各エリアごとに投与する曜日を決めておくと、便利です。エリア番号の右の空欄に、注射する予定の曜日を記入しておきましょう。

背面

エリア ②
左腕
上腕背部の
肉付きの
よい箇所

エリア ③
右腕
上腕背部の
肉付きの
よい箇所

エリア ⑥
左腰部
腰上部の
肉付きのよい箇所
(ウエストよりも下)

エリア ⑦
右腰部
腰上部の
肉付きのよい箇所
(ウエストよりも下)

注射した部位を記録しましょう

“注射の記録”ページ(p.9～)の「注射した部位」欄に、注射した部位を記録しましょう。腹部(①)に注射した場合は、1と記録します。

注射の記録

日付 (曜日)	注射 した 部位	デプス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

日付 (曜日)	注射 した 部位	デブス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

注射の記録

日付 (曜日)	注射 した 部位	デプス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

日付 (曜日)	注射 した 部位	デブス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

注射の記録

日付 (曜日)	注射 した 部位	デプス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

日付 (曜日)	注射 した 部位	デブス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

注射の記録

日付 (曜日)	注射 した 部位	デプス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

日付 (曜日)	注射 した 部位	デブス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

注射の記録

日付 (曜日)	注射 した 部位	デプス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

日付 (曜日)	注射 した 部位	デプス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

注射の記録

日付 (曜日)	注射 した 部位	デプス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

日付 (曜日)	注射 した 部位	デブス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

注射の記録

日付 (曜日)	注射 した 部位	デプス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

日付 (曜日)	注射 した 部位	デブス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

注射の記録

日付 (曜日)	注射 した 部位	デプス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

日付 (曜日)	注射 した 部位	デブス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

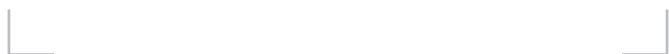
MEMO

注射の記録

日付 (曜日)	注射 した 部位	デプス アジャスター の目盛	コパキソン注射後にあらわれた症状	
			注射した部位に あらわれた症状	その他の症状
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった
/ ()				<input type="checkbox"/> 30分以内になくなった

MEMO

こちらのカードに情報を記入して携帯し、
必要な時にお役立てください。



医療機関名

電話番号

私は多発性硬化症の 治療を受けています

多発性硬化症(MS:Multiple Sclerosis)は中枢神経系の脱髄疾患のひとつで、主な症状は視力低下、複視、脱力、感覚障害、排尿障害、めまい、易疲労性／倦怠感などです。

治療に使用 している薬剤	コパキソン皮下注20mgシリンジ その他:
-----------------	--------------------------

氏 名

電話番号

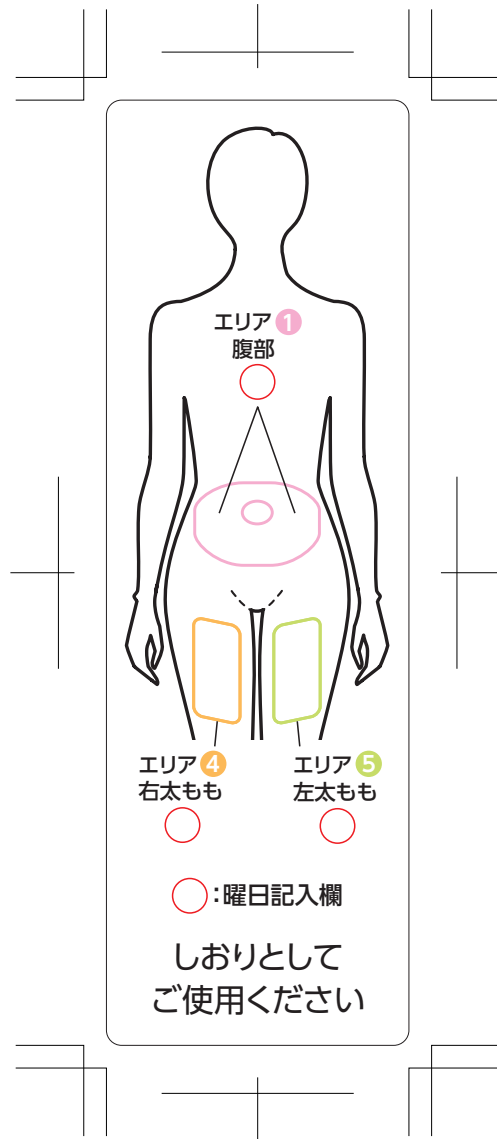
多発性硬化症と
診断された年月日

年 月 日

主治医	医 師 名
	医療機関名
	電話番号

患者手帳用のしおり

表



裏

