



HAEマーク

患者さん用

フィラジル® 皮下注30mgシリンジ(フィラジル®)を
ご自身で注射される方へ

治療日誌

監修

秀 道広 先生

広島市立広島市民病院 病院長



この冊子は、フィラジル®をご使用される患者さんが、発作の状況や自己注射時の体調の変化などを記録するためにお使いいただけます。

治療の状況や体調を記録することは、フィラジル®を正しくお使いいただくこと、また、患者さんご自身がご自分の状態を把握するために大切です。

また、通院の際にお持ちいただいて主治医とのコミュニケーションにお役立てください。



【HAEマークについて】

「HAEマーク」は、腫れた手の症状を表すだけでなく、優しさ、温かさを感じる要素を加え、腫れた手をもう一方の手がいたわる様子を表現しています。

HAEの認知度はまだ低く、未診断の患者さんが多くいらっしゃいます。また、診断されても適正な治療がなされていなければ日常生活が大きく制限されます。武田薬品は、この状況を改善したいという強い思いから、HAEの認知向上とHAE未診断患者ゼロの世の中を目指して「HAEマーク」を作成しました。

● 私のこと / 治療のこと ●

この記録は、万が一の緊急時や海外渡航時に役に立つ情報です。
ご不明な部分は受診時に主治医に記入してもらってください。

お名前 Name		男性 (M) ・ 女性 (F)	
連絡先 (TEL)			
生年月日 Birthday	(M / D / Y) / /	血液型 Blood Type	A ・ B O ・ AB
治療開始日 Start date of HAE treatment	(M / D / Y) / /		
自己注射開始日 Start date of FIRAZYR® self injection	(M / D / Y) / /		

遺伝性血管性浮腫 (HAE) 以外に治療中の病気 Other disease

病名 / Disease name : /

おくすり / Medicine : /

病名 / Disease name : /

おくすり / Medicine : /

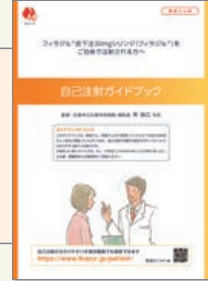
● あなたがかかっている医療機関について About my medical institution

医療機関名 Name of the medical institution	
医療機関の電話番号 Phone number of the medical institution	
主治医のお名前 My Doctor's name	

フィラジル®をお使いいただく前に

フィラジル®の自己注射は、十分な教育訓練を受け、注射による危険性と対処法について理解していただいた上で、医師の管理指導のもとで実施します。

医療機関から「自己注射ガイドブック」が渡されます。
「自己注射ガイドブック」を定期的に読み、自己注射の手順を確認してください。



フィラジル®が使用できない方

フィラジル®の成分に対し過敏症のある方



フィラジル®の使用に注意が必要な方

- (1) 急性虚血性心疾患や不安定狭心症と診断されている方
- (2) 脳卒中を起こして間もない(数週間以内)の方



副作用

重篤な過敏症(頻度不明[※]): アナフィラキシー等の重篤な過敏症があらわれることがあるので、全身のかゆみ、じんま疹、喉のかゆみ、ふらつき、息苦しい、動悸などの症状が認められた場合には速やかに投与を中止し、主治医にご確認ください。

注：海外の市販後の使用経験により報告されている副作用のため、頻度不明。

注射部位反応： 赤くなる、脹れる、熱くなる(熱をもつ、火照る)、かゆくなる、痛くなるなど

詳しくは、主治医にご確認ください。



遺伝性血管性浮腫(HAE)について

遺伝性血管性浮腫は英語でHereditary **A**ngio**e**dema、略してHAE (エイチ・エー・イー)と呼ばれています。

HAEのほとんどの患者さんでは、生まれつき、C1インヒビターというタンパク質の量が少なかったり、働きが弱かったりすることが知られています。C1インヒビターの量が少なく、うまく働かないと、**ブラジキニン**という物質がからだの中で増えてしまいます。ブラジキニンが増えると、血管透過性亢進という状態になり、血管の内側から外側に血漿などの成分が漏れ出してしまいます。その結果、腫れを起こしたり、強い痛みを引き起こしたりすることになります。

このブラジキニンの働きは、ブラジキニンが**ブラジキニンB2受容体**[※]にくっつくことで起きることがわかっています。

※からだの中の細胞にあるタンパク質の一つで、血管壁の細胞上に存在しています。



フィラジル[®]について

フィラジル[®]の成分である**イカチバント**は、ブラジキニンと化学的に似た形(構造)をもつように合成された薬物です。

イカチバントはブラジキニンと競い合ってブラジキニンB2受容体にくっつくことができます。そのため、フィラジル[®]を注射して体内にイカチバントを入れることで、ブラジキニンの働きを抑えることができます。

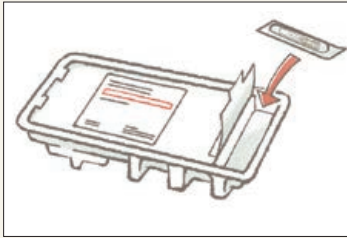
その結果、血管の内側から外側に血漿などの成分が漏れ出す状態から発作の起こる前の状態に戻り、腫れや痛みといったHAEの発作を改善します。

フィラジル®の適切な管理

フィラジル®は、発作が起きたらすぐに必要になります。日頃から適切に管理してください。

保存方法

フィラジル®は、2～25℃で保存してください。



注射針と一緒に
保管してください。



凍らせないでください。



直射日光に当てないでください。

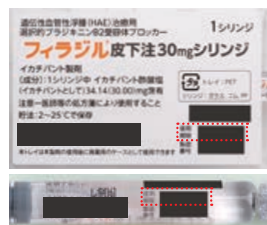


お子様の手の届かないところに
保管してください。

使用期限／薬液の確認

使用期限は、シリンジトレイとシリンジに記載されていますので、定期的に確認してください。使用期限を過ぎている場合は、絶対に使用しないでください。

薬液は、無色～淡黄色透明です。異物が入っていたり、変色が認められる場合は、絶対に使用しないでください。



いつでも使えるように

- 自宅では、手の届くところに
- 外出時には携帯
- 針と一緒に保管

携帯するときのポイント

携帯する場合には、事前に主治医に相談してください。

- 注射と注射針と一緒に携帯してください。
- 注射器に強い衝撃は与えないでください。
- 夏場に持ち歩く場合には、保冷バッグなどに入れるようにしてください。
- 飛行機内に持ち込む場合には、所持品検査などのトラブルを避けるため、事前に機内に持ち込むことを航空会社に連絡しておきます。治療薬の携帯証明書(8ページ参照)を主治医に書いてもらおうと、説明の際に安心です。

※海外旅行の場合には、英文で遺伝性血管性浮腫の治療を受けていること、使用している薬剤、緊急連絡先などが記載してあるものを携帯していると便利です。あらかじめ、主治医に記載してもらい、いざという時に備えましょう。



携帯証明書(海外渡航時)の発行について

旅行や出張、留学などにフィラジル®を持参するケースが考えられます。海外に持参する場合、入出国時の手続きをスムーズにするために、主治医に以下のような薬剤携帯証明書を発行してもらい、お薬と一緒に携帯してください。

なお、国によって医薬品の持ち込みについての法規制が異なりますので、詳細については、駐日外国公館に確認することをおすすめします。

駐日外国公館リスト：

<https://www.mofa.go.jp/mofaj/link/emblist/index.html>

●日本語版薬剤携帯証明書テンプレート

< 薬剤携帯証明書 >
ご関係者の皆様
患者氏名 _____ は、遺伝性血管性浮腫（HAE：Hereditary Angioedema）
の患者であり、 _____ に、旅行予定です。
旅行中には、発作時に直ちに投与するために
フィラジル®皮下注30mgシリンジ（一般名：イカチバント酢酸塩） の必要な
量を携帯しています。
航空保安検査時などに本薬剤が通過できなかった場合、発作時の対応ができなくなり、
患者の生命に危険が及ぶ可能性があります。
機内への携行をご許可くださいますようお願い申し上げます。
医療機関名 _____
主治医の署名 _____

●英語版薬剤携帯証明書テンプレート

< Medicine Certificate >
To whom it may concern
Patient's Name _____
Product Name: Firazyr® subcutaneous injection 30 mg syringe General Name: Icatibant Acetate
The above named is a person with Hereditary Angioedema. Since an attack of angioedema may occur at any time, he / she carries the medicine with him / her. It is therefore of vital importance that these essential medications are permitted to travel with the bearer as hand luggage.
In no circumstances should the medicine be withheld or placed in the aircraft hold as to do so may cause unnecessary delay in treatment and, additionally, would increase the risk of crisis.
Please take the customer's condition into consideration and give permission for him / her to carry the medicine with him / her as hand luggage. Situations may arise where he / she must inject during the flight.
In anticipation of your cooperation, I am,
Sincerely yours,
Hospital Name _____
Doctor's signature _____

この書式は、フィラジルの情報サイト(<https://www.firazyr.jp/patient/support/download.php>)からダウンロードできます。

病気との上手な付き合い方

発作を起こすきっかけを減らしましょう

発作の引き金の一つとして、精神的ストレスや過労などの肉体的ストレスが知られています。

ストレスを軽減するために、日々の生活に運動を取り入れたり、栄養バランスの取れた食事をしたり、睡眠を十分にとったりしましょう。

周りに伝えておきましょう

環境の変化といった特別なできごとは、ストレスになる可能性があります。それがきっかけで発作が起きるかもしれません。

あなたに発作が起きても、ご家族、ご友人、学校や会社の仲間が慌てないように、あらかじめ知らせておくことで安心した生活が送れます。また、なにか他の理由で医療機関を受診する際には、あなたがHAEであることを伝えておくことで、抜歯や、手術など発作が起きる可能性がある際に、適切な対応が可能になります。

自己注射の携帯：旅行や出張時

旅行や出張に行くときは、現地での発作に備えておく
と安心です。

事前に主治医に相談して、HAEの治療が可能な医療機関を教してもらったり、紹介状を書いてもらったりするなど、発作時の対応を確認してください。



● 発作と治療の記録 ●

発 作

■ 今回の発作はいつ？

2018年 10月 23日

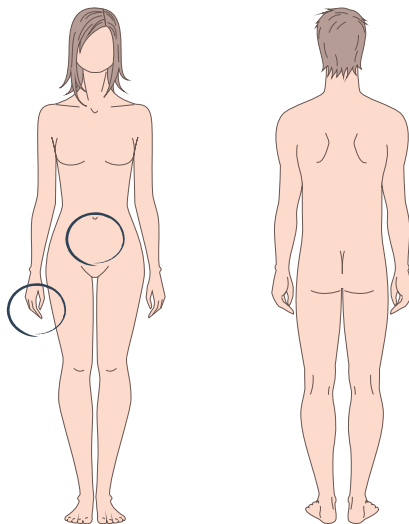
■ 発作が起きた時刻は？

AM (PM) 9時 20分

■ 発作が起きた場所は？

(イラストに○をつける)

※**のどに腫れ**が生じた場合には**すぐに注射**してください。
また、**注射の後、必ず受診**してください。



■ 発作の程度は？

- 0：症状なし
- 1：軽度(日常生活の制限なし～軽度の日常生活の制限あり)
- 2：中等度(中等度の日常生活の制限あり)
- 3：重度(重度の日常生活の制限あり)
- 4：極めて重度(極めて重度の日常生活の制限あり)

この記録を主治医にお見せすることであなたの治療に役立ちます。
注射の必要がなかった小さな発作は、p22,23の記入欄にメモしましょう。

自己注射

- 自己注射した時刻は？ AM PM 9 時 30 分
- どこに注射しましたか？ おなかの右側 おなかの左側
- 自己注射後、効果を感じ始めた時間は？ 注射後 30 分頃
- 追加の注射はしましたか？
(前回の注射から6時間以上経過後) はい いいえ

AM・PM 3 時 35 分 おなかの右側・おなかの左側

AM・PM 時 分 おなかの右側・おなかの左側

体調

- 発作の前に気になる症状はありましたか？
 疲れ 食欲がない 吐き気 下痢 息切れ 発疹 発熱 風邪
- 注射後、体調が悪くなりましたか？ はい いいえ

↓ 以下のような症状はありましたか？

注射したところが：

赤くなった 脹れた 熱くなった かゆくなった 痛くなった

その他： 吐き気 むかつき 発疹 めまい 頭痛 発熱

■ 上記以外の体調の変化はありましたか？

ご記入欄：

動悸がした気がする

過敏症(アナフィラキシー)の症状があらわれたら、すぐに受診してください。

- 症状が回復した時刻は？ AM PM 4 時 0 分

● 発作と治療の記録 ●

発 作

■ 今回の発作はいつ？

年 月 日

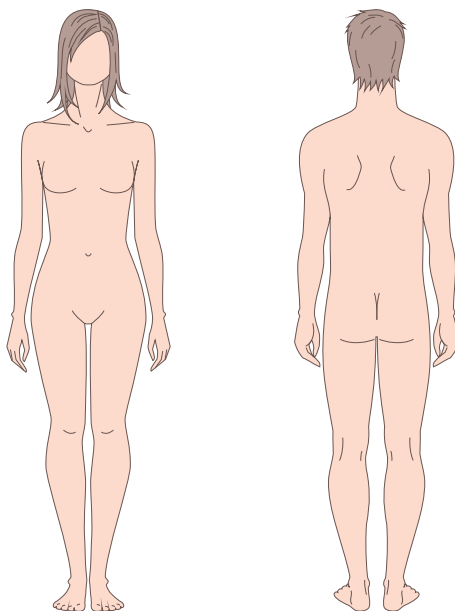
■ 発作が起きた時刻は？

AM PM 時 分

■ 発作が起きた場所は？
(イラストに○をつける)

※**のどに腫れ**が生じた場合には**すぐに注射**してください。

また、**注射の後、必ず受診**してください。



■ 発作の程度は？

- 0：症状なし
- 1：軽度(日常生活の制限なし～軽度の日常生活の制限あり)
- 2：中等度(中等度の日常生活の制限あり)
- 3：重度(重度の日常生活の制限あり)
- 4：極めて重度(極めて重度の日常生活の制限あり)

この記録を主治医にお見せすることであなたの治療に役立ちます。
注射の必要がなかった小さな発作は、p22,23の記入欄にメモしましょう。

自己注射

■自己注射した時刻は？ AM PM 時 分

■どこに注射しましたか？ おなかの右側 おなかの左側

■自己注射後、効果を感じ始めた時間は？ 注射後 分頃

■追加の注射はしましたか？
(前回の注射から6時間以上経過後) はい いいえ

AM・PM 時 分 おなかの右側・おなかの左側

AM・PM 時 分 おなかの右側・おなかの左側

体調

■発作の前に気になる症状はありましたか？

疲れ | 食欲がない | 吐き気 | 下痢 | 息切れ | 発疹 | 発熱 | 風邪

■注射後、体調が悪くなりましたか？ はい いいえ

↓
■以下のような症状はありましたか？

注射したところが：

赤くなった | 脹れた | 熱くなった | かゆくなった | 痛くなった

その他： 吐き気 | むかつき | 発疹 | めまい | 頭痛 | 発熱

■上記以外の体調の変化はありましたか？

ご記入欄：

過敏症(アナフィラキシー)の症状があらわれたら、すぐに受診してください。

■症状が回復した時刻は？ AM PM 時 分

● 発作と治療の記録 ●

発 作

■ 今回の発作はいつ？

年 月 日

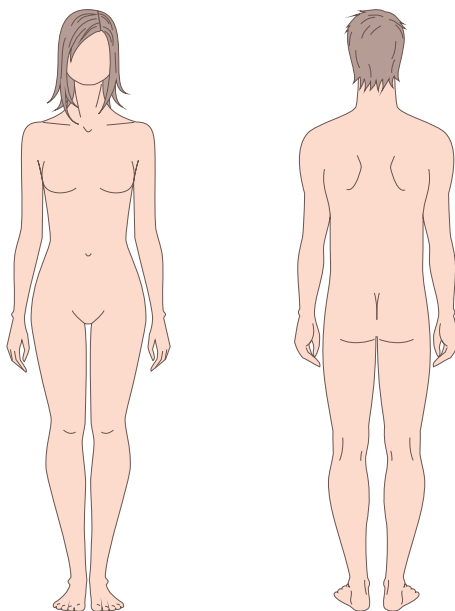
■ 発作が起きた時刻は？

AM PM 時 分

■ 発作が起きた場所は？
(イラストに○をつける)

※**のどに腫れ**が生じた場合には**すぐに注射**してください。

また、**注射の後、必ず受診**してください。



■ 発作の程度は？

- 0：症状なし
- 1：軽度(日常生活の制限なし～軽度の日常生活の制限あり)
- 2：中等度(中等度の日常生活の制限あり)
- 3：重度(重度の日常生活の制限あり)
- 4：極めて重度(極めて重度の日常生活の制限あり)

この記録を主治医にお見せすることであなたの治療に役立ちます。
注射の必要がなかった小さな発作は、p22,23の記入欄にメモしましょう。

自己注射

■自己注射した時刻は？ AM PM 時 分

■どこに注射しましたか？ おなかの右側おなかの左側

■自己注射後、効果を感じ始めた時間は？ 注射後 分頃

■追加の注射はしましたか？
(前回の注射から6時間以上経過後) はいいいえ

AM・PM 時 分 おなかの右側おなかの左側

AM・PM 時 分 おなかの右側おなかの左側

体調

■発作の前に気になる症状はありましたか？

疲れ食欲がない吐き気下痢息切れ発疹発熱風邪

■注射後、体調が悪くなりましたか？ はいいいえ

■以下のような症状はありましたか？

注射したところが：

赤くなった脹れた熱くなったかゆくなった痛くなった

その他：吐き気むかつき発疹めまい頭痛発熱

■上記以外の体調の変化はありましたか？

ご記入欄：

過敏症(アナフィラキシー)の症状があらわれたら、すぐに受診してください。

■症状が回復した時刻は？ AM PM 時 分

● 発作と治療の記録 ●

発 作

■ 今回の発作はいつ？

年 月 日

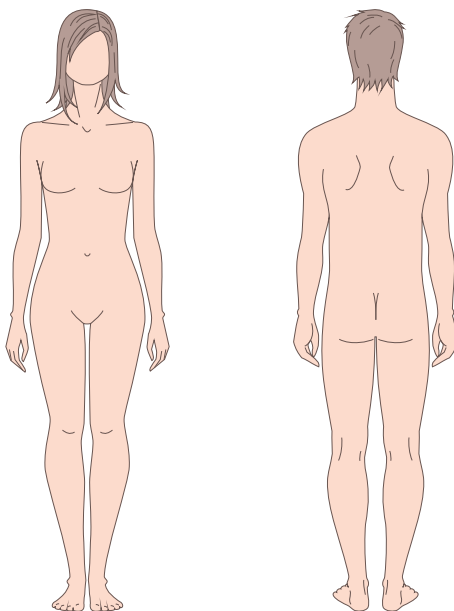
■ 発作が起きた時刻は？

AM PM 時 分

■ 発作が起きた場所は？
(イラストに○をつける)

※**のどに腫れ**が生じた場合には**すぐに注射**してください。

また、**注射の後、必ず受診**してください。



■ 発作の程度は？

- 0：症状なし
- 1：軽度(日常生活の制限なし～軽度の日常生活の制限あり)
- 2：中等度(中等度の日常生活の制限あり)
- 3：重度(重度の日常生活の制限あり)
- 4：極めて重度(極めて重度の日常生活の制限あり)

この記録を主治医にお見せすることであなたの治療に役立ちます。
注射の必要がなかった小さな発作は、p22,23の記入欄にメモしましょう。

自己注射

■自己注射した時刻は？ AM PM 時 分

■どこに注射しましたか？ おなかの右側おなかの左側

■自己注射後、効果を感じ始めた時間は？ 注射後 分頃

■追加の注射はしましたか？
(前回の注射から6時間以上経過後) はいいいえ

AM・PM 時 分 おなかの右側おなかの左側

AM・PM 時 分 おなかの右側おなかの左側

体調

■発作の前に気になる症状はありましたか？

疲れ食欲がない吐き気下痢息切れ発疹発熱風邪

■注射後、体調が悪くなりましたか？ はいいいえ

↓
■以下のような症状はありましたか？

注射したところが：

赤くなった脹れた熱くなったかゆくなった痛くなった

その他：吐き気むかつき発疹めまい頭痛発熱

■上記以外の体調の変化はありましたか？

ご記入欄：

過敏症(アナフィラキシー)の症状があらわれたら、すぐに受診してください。

■症状が回復した時刻は？ AM PM 時 分

● 発作と治療の記録 ●

発 作

■ 今回の発作はいつ？

年 月 日

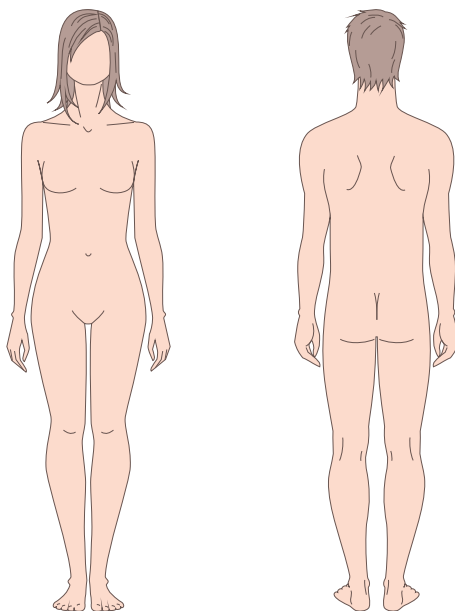
■ 発作が起きた時刻は？

AM PM 時 分

■ 発作が起きた場所は？
(イラストに○をつける)

※**のどに腫れ**が生じた場合には**すぐに注射**してください。

また、**注射の後、必ず受診**してください。



■ 発作の程度は？

- 0：症状なし
- 1：軽度(日常生活の制限なし～軽度の日常生活の制限あり)
- 2：中等度(中等度の日常生活の制限あり)
- 3：重度(重度の日常生活の制限あり)
- 4：極めて重度(極めて重度の日常生活の制限あり)

この記録を主治医にお見せすることであなたの治療に役立ちます。
注射の必要がなかった小さな発作は、p22,23の記入欄にメモしましょう。

自己注射

■自己注射した時刻は？ AM PM 時 分

■どこに注射しましたか？ おなかの右側おなかの左側

■自己注射後、効果を感じ始めた時間は？ 注射後 分頃

■追加の注射はしましたか？
(前回の注射から6時間以上経過後) はいいいえ

AM・PM 時 分 おなかの右側おなかの左側

AM・PM 時 分 おなかの右側おなかの左側

体調

■発作の前に気になる症状はありましたか？

疲れ食欲がない吐き気下痢息切れ発疹発熱風邪

■注射後、体調が悪くなりましたか？ はいいいえ

↓
■以下のような症状はありましたか？

注射したところが：

赤くなった脹れた熱くなったかゆくなった痛くなった

その他：吐き気むかつき発疹めまい頭痛発熱

■上記以外の体調の変化はありましたか？

ご記入欄：

過敏症(アナフィラキシー)の症状があらわれたら、すぐに受診してください。

■症状が回復した時刻は？ AM PM 時 分

● 発作と治療の記録 ●

発 作

■ 今回の発作はいつ？

年 月 日

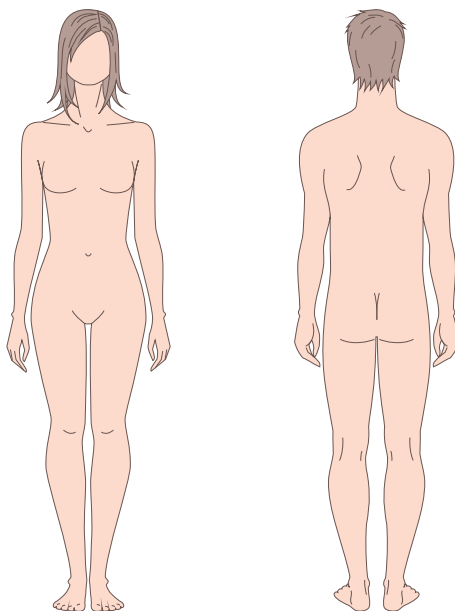
■ 発作が起きた時刻は？

AM PM 時 分

■ 発作が起きた場所は？
(イラストに○をつける)

※**のどに腫れ**が生じた場合には**すぐに注射**してください。

また、**注射の後、必ず受診**してください。



■ 発作の程度は？

- 0：症状なし
- 1：軽度(日常生活の制限なし～軽度の日常生活の制限あり)
- 2：中等度(中等度の日常生活の制限あり)
- 3：重度(重度の日常生活の制限あり)
- 4：極めて重度(極めて重度の日常生活の制限あり)

この記録を主治医にお見せすることであなたの治療に役立ちます。
注射の必要がなかった小さな発作は、p22,23の記入欄にメモしましょう。

自己注射

■自己注射した時刻は？ AM PM 時 分

■どこに注射しましたか？ おなかの右側おなかの左側

■自己注射後、効果を感じ始めた時間は？ 注射後 分頃

■追加の注射はしましたか？
(前回の注射から6時間以上経過後) はいいいえ

AM・PM 時 分 おなかの右側おなかの左側

AM・PM 時 分 おなかの右側おなかの左側

体調

■発作の前に気になる症状はありましたか？

疲れ食欲がない吐き気下痢息切れ発疹発熱風邪

■注射後、体調が悪くなりましたか？ はいいいえ

↓
■以下のような症状はありましたか？

注射したところが：

赤くなった脹れた熱くなったかゆくなった痛くなった

その他：吐き気むかつき発疹めまい頭痛発熱

■上記以外の体調の変化はありましたか？

ご記入欄：

過敏症(アナフィラキシー)の症状があらわれたら、すぐに受診してください。

■症状が回復した時刻は？ AM PM 時 分

● 治療記録記入欄 ●

気になることや主治医に伝えておきたいことなどを記しておきましょう。

■ ご記入日 年 月 日

.....
.....
.....

■ ご記入日 年 月 日

.....
.....
.....

■ ご記入日 年 月 日

.....
.....
.....

■ ご記入日 年 月 日

.....
.....
.....

■ ご記入日 年 月 日

.....
.....
.....

その他、治療へのご要望など、ご自由にお書きください。

■ご記入日 年 月 日

.....
.....
.....

■ご記入日 年 月 日

.....
.....
.....

■ご記入日 年 月 日

.....
.....
.....

■ご記入日 年 月 日

.....
.....
.....

■ご記入日 年 月 日

.....
.....
.....

HAEの悩み解決をサポート

HAE患者さんとご家族のためのアプリ



HAEノート



iPhone & Android

App Store
からダウンロード

Google Play
で手に入れよう

診察日や症状を記録し、写真やグラフで過去の症状を確認できます。アップデートにより、QOLの記録もできるようになりました。ファミリーツリーを作成する機能もあります。



もっとHAEについて知る

遺伝性血管性浮腫(HAE)の情報サイト

腫れ・腹痛ナビ



www.harefukutsuu-hae.jp/

腫れ・腹痛ナビは、HAE（遺伝性血管性浮腫）についての情報サイトです。症状、診断、治療、医療費助成制度について詳しく解説しています。症状チェックシートでセルフチェックを行うこともできます。



医療機関名

武田薬品工業株式会社 くすり相談室

〒103-8668 東京都中央区日本橋本町二丁目1番1号

フリーダイヤル 0120-566-587

受付時間 9:00~17:30(土日祝日・弊社休業日を除く)



武田薬品工業株式会社