

ビンゼレックス®による化膿性汗腺炎治療を受けている方へ

# BIMZELX® NOTE

製造販売元 **ユーシービージャパン株式会社**  
東京都新宿区西新宿8丁目17番1号  
文献請求先及び **ユーシービーケアーズ コンタクトセンター**  
問い合わせ先 TEL: 0120-093-189  
受付時間 9:00~17:30(土日・祝日・会社休日を除く)

2024年9月作成  
JP-BK-2400354

診察時には本冊子をご持参ください

- はじめに ..... 3
- ビンゼレックス®の特徴 ..... 4
- ビンゼレックス®を注射する部位 ..... 5
- ビンゼレックス®の投与スケジュール ..... 6
- ビンゼレックス®投与中に注意すること ..... 8
- 「治療と症状の記録」の使い方 ..... 10
- 治療開始時の状態 ..... 11
- 治療と症状の記録 ..... 12

## あなたの情報

- 名前 \_\_\_\_\_
- 電話番号 \_\_\_\_\_
- 住所 \_\_\_\_\_
- ビンゼレックス®使用開始日                      年      月      日

## ビンゼレックス®の処方を受けている医療機関の情報

- 主治医名 \_\_\_\_\_
- 医療機関名 \_\_\_\_\_
- 連絡先 \_\_\_\_\_

監修：葉山 惟大 先生

日本大学医学部 皮膚科学分野 准教授

化膿性汗腺炎の治療にあたっては、**早期に適切な治療を行うことがとても大切です。**

化膿性汗腺炎は、一度発症すると再発や悪化を繰り返し、**症状が悪化すると、炎症部分に痛みや悪臭を伴う膿があらわれます。**痛みによって仕事に支障を来したり、おおいが気になり外出に消極的になったりするなど、今までと同じように行動ができにくくなるといった身体的な影響や、気分が落ち込むなどの精神的な影響など、生活のあらゆる面に影響が及ぶこともあります。

症状を悪化させないためにも、今のご自身の状態を知り、適切な治療を行っていきましょう。化膿性汗腺炎の症状は患者さんによって様々ですので、治療を続けていくなかで、どのぐらいの期間でどのような症状の変化がみられたかを振り返ることや、精神面への影響などを医療従事者に伝えることで、その後の治療に活かしていくことができます。

そのためにも、こちらのノートを活用し、症状の変化や、体調・気持ちの変化などを記録してください。

適切な治療や心のケアを行い、より良い生活を送れるよう、一緒に前向きに治療を進めていきましょう。

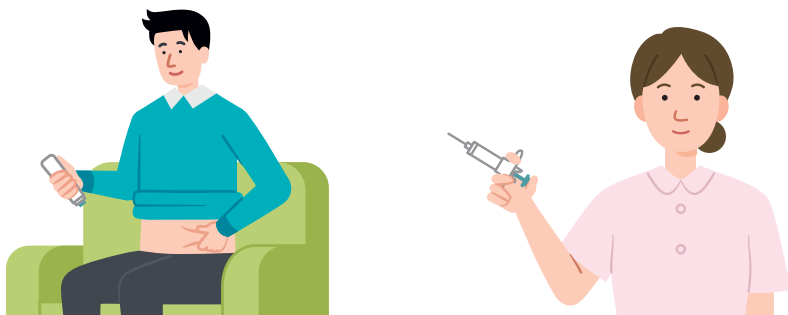
# ビンゼレックス®の特徴

## ビンゼレックス®は注射薬

ビンゼレックス®は注射薬です。自分で注射する方法\*のほか、医療機関で注射する方法もあります。

### 自己注射\*

### 医療機関で注射



自己注射を行う方は、こちらの冊子をご活用ください。

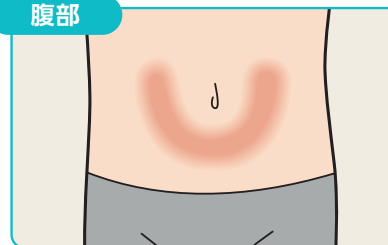


\*自己注射を行えるかどうかは医師の判断によります。また、自己注射について理解し、確実に注射を行えるように、医療従事者による教育訓練を受けることが必要です。

# ビンゼレックス®を注射する部位

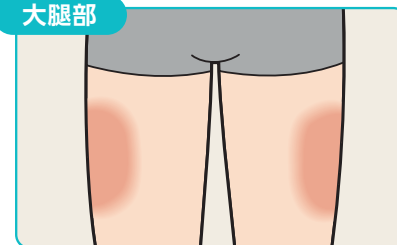
推奨される注射部位は、腹部、大腿部、又は上腕部です。  
自己注射する場合は上腕部ではなく、腹部か大腿部に皮下注射します。  
本人以外が注射する場合は上腕部でもかまいません。

### 腹部

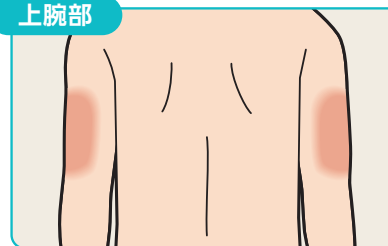


へその周囲(約5cm)は避けてください。

### 大腿部



### 上腕部



本人以外が注射する場合  
※本人以外が注射する場合でも、  
注射方法の指導を必ず受けてください。

### 注意点

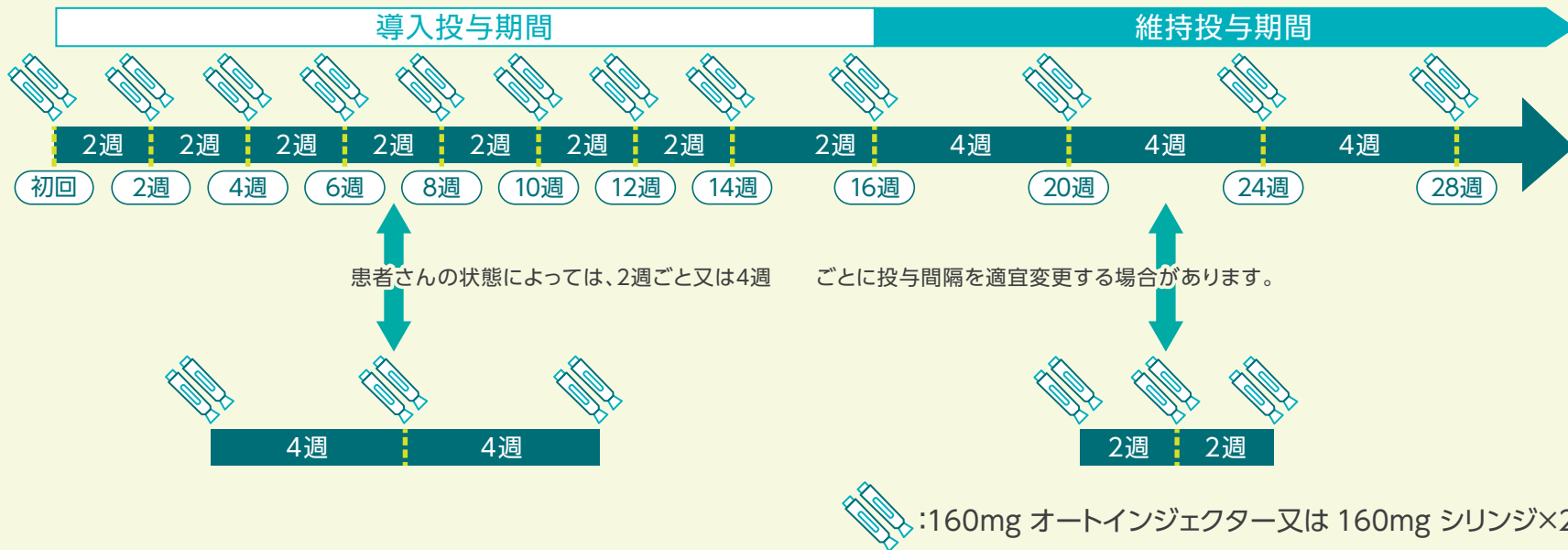
- 1回の投与で2本打つ場合には、1本目と2本目の注射箇所は少なくとも3cm離してください。
- 前回とは違う箇所に注射してください。
- 腹部に注射する際はへその周り5cm以内は避けてください。
- 皮膚症状(赤み、発疹、フケのようにポロポロと剥がれ落ちる状態、皮膚が少し盛り上がっている、硬くなっているなど)やケガ、痛みがある箇所は避けてください。
- アルコール綿にかぶれる場合は、主治医や看護師、薬剤師にお伝えください。

# ビンゼレックス®の投与スケジュール

通常、1回320mg (160mg製剤2本)を初回から16週までは2週間隔で皮下注射し、16週以降は4週間隔で皮下注射します。

\*患者さんの状態によっては、2週ごと又は4週ごとに投与間隔を適宜変更する場合があります。

## ● 通常



### 投与日

/	/	/	/	/	/	/
---	---	---	---	---	---	---

### 投与日

/	/	/	/	/	/	/
---	---	---	---	---	---	---

## ビンゼレックス®の主な副作用

国内又は海外で確認されているビンゼレックス®の主な副作用には以下のようなものがあります。

### 口腔カンジダ症

免疫力の低下や口腔内の状態が悪いことで、常在している真菌であるカンジダが異常に増えることで起こります。口腔内や舌の痛み、白い苔のようなものが付着したり、味覚異常などの症状がみられます。



### 上気道感染・鼻咽頭炎

多くはウイルスが鼻咽頭から咽頭粘膜に付着することで感染が起こります。鼻水、くしゃみ、鼻づまり、のどの痛みなどの症状がみられます。



### 過敏症反応

頻度は低いものの、薬剤に対するアレルギー反応としてアナフィラキシー（血圧低下、呼吸困難など）、アトピー性皮膚炎などを起こす可能性があります。



これらの症状に気づいたら、必ず主治医にお申し出ください

## 副作用かな?と思ったら

その他、以下のような症状があらわれた場合、速やかに主治医、看護師、薬剤師などへ相談してください。

- 口の中の痛み、舌の痛み、味覚異常
- 発熱、咳、鼻水、のどの痛み、頭痛、悪寒など風邪のような症状の継続
- 皮膚に今までとは違う発疹（じんましんなど）、かゆみ
- 息苦しさ
- 冷や汗、動悸
- 体のだるさ
- 腹痛、下痢、粘液や血が混ざった便
- 体重減少、食欲減退
- 肛門の違和感や痛み、膿

## 日常生活の注意点など

- ・感染症を防ぐため、日頃からうがいや手洗いをを行い、規則正しい生活を心がけてください。
- ・予防接種を受ける場合は、事前に必ず主治医にご相談ください。
- ・妊娠・授乳を希望する場合は、すぐに主治医にご相談ください。



## 「治療と症状の記録」の使い方

日々の治療および皮膚の状態、化膿性汗腺炎による日常生活への影響について、記録を残していきます。記録をつける際、症状が気になる箇所があればイラスト内に○をつけてください。また、ビンゼレックス®による治療開始後のあなたの生活における変化について、ページ下のMEMO欄に記載いただき、積極的に治療体験を医療従事者と共有しましょう。

### 記入例

#### 治療と症状の記録①

2024年 5月

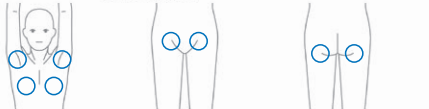
	投与日①	2日	投与日②	16日
第1週	記入日	症状の程度	👎 👎 👎 👎 👎	
	3日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響	👎 👎 👎 👎 👎	
第2週	記入日	症状の程度	👎 👎 👎 👎 👎	
	10日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響	👎 👎 👎 👎 👎	
第3週	記入日	症状の程度	👎 👎 👎 👎 👎	
	17日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響	👎 👎 👎 👎 👎	
第4週	記入日	症状の程度	👎 👎 👎 👎 👎	
	24日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響	👎 👎 👎 👎 👎	

痛み・においを含む症状の程度が良ければ😊、悪ければ👎として、5段階評価で○をつけてください

日常生活への影響が少なければ😊、多ければ👎として、5段階評価で○をつけてください

痛み・においなどの症状が残っているところがあれば○をつけてください

● 症状が気になる箇所 (月末に記録をつける際、症状が気になる箇所があれば下記のイラスト内に○をつけてください)



**MEMO** (1ヵ月間での症状の変化や気になることなど、主治医に伝えたいことを記入しましょう)

少し痛みがおさまりました。

脇の下の膿の状態が気になっています。

気になる症状  注射した箇所の痛み、腫れ  □の中の痛み、違和感  
 鼻水、くしゃみなど風邪に似た症状  
 その他( )

症状が出た日 5/3

12

## 治療開始時の状態

これからビンゼレックス®による治療がスタートします。  
ご自身の今の状態を記録し、今後の振り返りに役立てましょう。

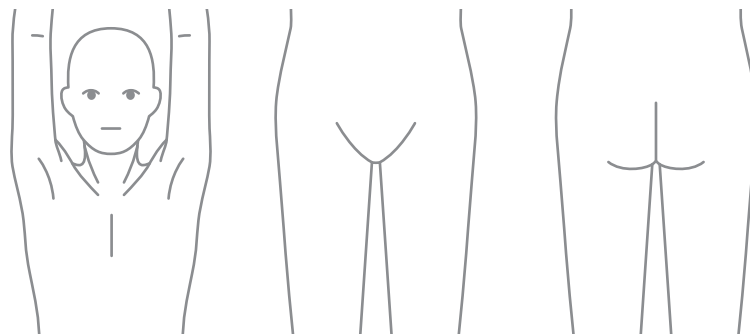
- 治療開始日

年 月 日 ( )

- 今の症状の程度を5段階で評価し、当てはまるものに○をつけましょう。

症状の程度 悪 👎 👎 😐 😊 😄 良

- 痛み・においなど症状のある部分に○をつけましょう。



- ビンゼレックス®以外に処方されている薬がある場合、以下に記載しておきましょう。

外用薬(塗り薬):

内服薬(飲み薬):

# 治療と症状の記録①

年 月

	投与日①	日	投与日②	日	
第1週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第2週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第3週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第4週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			

● 症状が気になる箇所 (月末に記録をつける際、症状が気になる箇所があれば下記のイラスト内に○をつけてください)



**MEMO** (1か月間での症状の変化や気になることなど、主治医に伝えたいことを記入しましょう)

---



---

気になる症状	<input type="checkbox"/> 注射した箇所の痛み、腫れ	<input type="checkbox"/> □の中の痛み、違和感	症状が出た日 /
	<input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみなど風邪に似た症状		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

# 治療と症状の記録②

年 月

	投与日①	日	投与日②	日	
第1週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第2週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第3週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第4週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			

● 症状が気になる箇所 (月末に記録をつける際、症状が気になる箇所があれば下記のイラスト内に○をつけてください)



**MEMO** (1か月間での症状の変化や気になることなど、主治医に伝えたいことを記入しましょう)

---



---

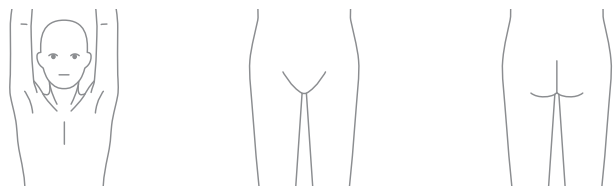
気になる症状	<input type="checkbox"/> 注射した箇所の痛み、腫れ	<input type="checkbox"/> □の中の痛み、違和感	症状が出た日 /
	<input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみなど風邪に似た症状		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

# 治療と症状の記録③

年 月

	投与日①	日	投与日②	日	
第1週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第2週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第3週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第4週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			

● 症状が気になる箇所 (月末に記録をつける際、症状が気になる箇所があれば下記のイラスト内に○をつけてください)



**MEMO** (1か月間での症状の変化や気になることなど、主治医に伝えたいことを記入しましょう)

---



---

気になる症状	<input type="checkbox"/> 注射した箇所の痛み、腫れ	<input type="checkbox"/> □の中の痛み、違和感	症状が出た日 /
	<input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみなど風邪に似た症状		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

# 治療と症状の記録④

年 月

	投与日①	日	投与日②	日	
第1週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第2週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第3週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			
第4週	記入日	症状の程度			
		化膿性汗腺炎による日常生活への影響			

● 症状が気になる箇所 (月末に記録をつける際、症状が気になる箇所があれば下記のイラスト内に○をつけてください)



**MEMO** (1か月間での症状の変化や気になることなど、主治医に伝えたいことを記入しましょう)

---



---

気になる症状	<input type="checkbox"/> 注射した箇所の痛み、腫れ	<input type="checkbox"/> □の中の痛み、違和感	症状が出た日 /
	<input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみなど風邪に似た症状		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

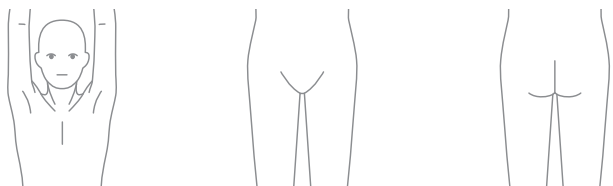


# 治療と症状の記録⑤

年 月

投与日①	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日②	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日③	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日④	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						

● 症状が気になる箇所 (記録をつける際、症状が気になる箇所があれば下記のイラスト内に○をつけてください)



**MEMO** (症状の変化や気になることなど、主治医に伝えたいことを記入しましょう)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

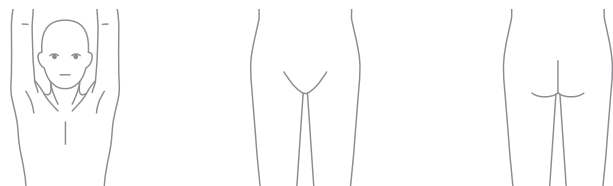
気になる症状	<input type="checkbox"/> 注射した箇所の痛み、腫れ	<input type="checkbox"/> □の中の痛み、違和感	症状が出た日 /
	<input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみなど風邪に似た症状		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

# 治療と症状の記録⑥

年 月

投与日①	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日②	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日③	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日④	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						

● 症状が気になる箇所 (記録をつける際、症状が気になる箇所があれば下記のイラスト内に○をつけてください)



**MEMO** (症状の変化や気になることなど、主治医に伝えたいことを記入しましょう)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

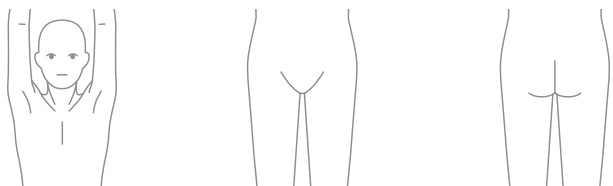
気になる症状	<input type="checkbox"/> 注射した箇所の痛み、腫れ	<input type="checkbox"/> □の中の痛み、違和感	症状が出た日 /
	<input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみなど風邪に似た症状		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

# 治療と症状の記録⑦

年 月

投与日①	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日②	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日③	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日④	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						

● 症状が気になる箇所 (記録をつける際、症状が気になる箇所があれば下記のイラスト内に○をつけてください)



**MEMO** (症状の変化や気になることなど、主治医に伝えたいことを記入しましょう)

---



---

気になる症状	<input type="checkbox"/> 注射した箇所の痛み、腫れ	<input type="checkbox"/> □の中の痛み、違和感	症状が出た日 /
	<input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみなど風邪に似た症状		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

# 治療と症状の記録⑧

年 月

投与日①	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日②	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日③	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日④	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						

● 症状が気になる箇所 (記録をつける際、症状が気になる箇所があれば下記のイラスト内に○をつけてください)



**MEMO** (症状の変化や気になることなど、主治医に伝えたいことを記入しましょう)

---



---

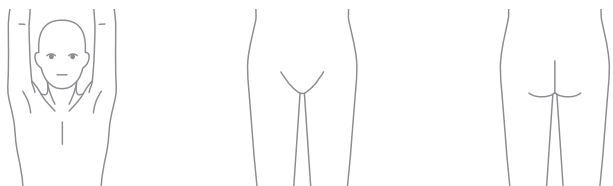
気になる症状	<input type="checkbox"/> 注射した箇所の痛み、腫れ	<input type="checkbox"/> □の中の痛み、違和感	症状が出た日 /
	<input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみなど風邪に似た症状		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

# 治療と症状の記録⑨

年 月

投与日①	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日②	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日③	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日④	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						

● 症状が気になる箇所 (記録をつける際、症状が気になる箇所があれば下記のイラスト内に○をつけてください)



**MEMO** (症状の変化や気になることなど、主治医に伝えたいことを記入しましょう)

---



---

気になる症状	<input type="checkbox"/> 注射した箇所の痛み、腫れ	<input type="checkbox"/> □の中の痛み、違和感	症状が出た日 /
	<input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみなど風邪に似た症状		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

# 治療と症状の記録⑩

年 月

投与日①	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日②	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日③	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						
投与日④	投与日	症状の程度						
	日	化膿性汗腺炎による日常生活への影響						

● 症状が気になる箇所 (記録をつける際、症状が気になる箇所があれば下記のイラスト内に○をつけてください)



**MEMO** (症状の変化や気になることなど、主治医に伝えたいことを記入しましょう)

---



---

気になる症状	<input type="checkbox"/> 注射した箇所の痛み、腫れ	<input type="checkbox"/> □の中の痛み、違和感	症状が出た日 /
	<input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみなど風邪に似た症状		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

