

ミチーガをご自身で注射される方へ

ミチーガ® 自己注射記録ノート

監修：五十嵐 敦之先生（いがらし皮膚科東五反田 院長）





はじめに

この「ミチーガ自己注射記録ノート」は、ミチーガの自己注射を実施される患者さんが、注射状況や注射前後の体調の変化について記録していただくものです。

記録をつけていくことで、注射のスケジュールを確認・予定できます。また、連続して同じ部位に注射してしまうのを避けることができます。主治医にとっても、治療経過を正確に把握するための大切な情報となります。

日々の治療にお役立てください。

受診時には、この
「ミチーガ自己注射記録ノート」を
持参し、主治医にご提示ください



ミチーガは主治医から十分な説明を受けた後、主治医の判断に従い、正しく使用してください。

ミチーガを自己注射されるときには、
「ミチーガ自己注射ガイドブック
—ミチーガをご自身で注射される方へ—」を
ご確認ください。



ミチーガ治療中も、 外用治療を継続しましょう

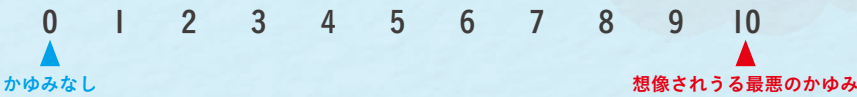
ミチーガはアトピー性皮膚炎のかゆみをおさえる薬です。抗炎症外用剤や保湿外用剤など、アトピー性皮膚炎の他の症状に対する治療は中止しないでください。

ミチーガ治療中の かゆみの重症度を記録しましょう

かゆみの重症度を評価するために、「NRS」や「かゆみスコア」が使われます。

NRSとは

過去24時間における平均的なかゆみの程度について、0を「かゆみなし」、10を「想像されうる最悪のかゆみ」として整数で表すものです。



Phan NQ, et al.: Acta Derm Venereol. 2012;92:502-507.
Stander S, et al.: Acta Derm Venereol. 2013;93:509-514. より作成

かゆみスコアとは

過去24時間のかゆみの程度を、「なし:0」～「高度:4」の5段階で示すものです。

スコア	程度	日中	夜間
0	なし	ほとんどかゆみを感じない	ほとんどかゆみを感じない
1	軽微	時にむずむずするが、かくほどではない	かかなくても眠れる
2	軽度	時に手がゆき、軽くかく	かけば眠れる
3	中等度	かなりかゆく、人前でもかく	かゆくて目がさめる
4	高度	いてもたってもいられないかゆみ	かゆくてほとんど眠れない

川島 眞, 他.: 臨床皮膚科. 2002;56:692-697. より改変
白取らの基準を改変

自己注射記録ノートの記入例

注射した日は、
こちらのページ
に記入してくだ
さい。

1ヵ月の記録を見
開きで見ることが
できるようになっ
ています。

2023 年 6 月

注射の記録

注射した日

6 月 7 日 (水)

次回注射予定日

7 月 5 日

注射した日のかゆ
みの程度 (NRS:
0~10、かゆみス
コア:0~4)を、2
ページを参考に記
入してください。

NRS (0~10)

3

かゆみスコア (0~4)

2

注射した部位に
チェックを入れて
ください。
翌月はこの部位と
は異なる部位に注
射してください。

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいこと
自由に記載してください

注射後に気になっ
たことや、次回、主
治医に相談したい
こと、伝えておき
たいことなどをメ
モしてください。

昨日まで出張だったので、少し疲れている。
いつもお腹だが、今回、初めて
太ももに注射してみた。

注射した日の4週間後の日付を記入してください。

日々の記録は、こちらのページに記入してください。

外用剤をきちんと塗れた日は「はい」、十分でなかった日は「いいえ」をチェックしてください。

日々のかゆみの程度 (NRS:0~10)を記入してください。

日々の記録

6月	NRS (0~10)	外用剤を 塗りましたか？	月	NRS (0~10)	外用剤を 塗りましたか？
1日(木)	3	はい <u>いいえ</u>	16日()		はい いいえ
2日(金)	5	<u>はい</u> いいえ	17日()		はい いいえ
3日(土)	3	<u>はい</u> いいえ	18日()		はい いいえ
4日(日)	2	<u>はい</u> いいえ	19日()		はい いいえ
5日(月)	4	<u>はい</u> いいえ	20日()		はい いいえ
6日(火)	3	はい <u>いいえ</u>	21日()		はい いいえ
7日(水)	3	<u>はい</u> いいえ	22日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ	23日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ	24日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ	25日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ	26日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ	27日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ	28日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ	29日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ	30日()		はい いいえ
			31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

年 月

注射の記録

注射した日

月 日 ()

次回注射予定日

月 日 ()

NRS (0～10)

かゆみスコア (0～4)

注射した部位

前回注射した部位とは違う部位に注射してください。



お腹



太もも



二の腕
(ご家族が投与される場合のみ)

メモ

治療薬の変更や気になる症状、次回の受診時に主治医に伝えたいことなど、自由に記載してください

.....

.....

.....

.....

.....

日々の記録

月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
1日()		はい いいえ
2日()		はい いいえ
3日()		はい いいえ
4日()		はい いいえ
5日()		はい いいえ
6日()		はい いいえ
7日()		はい いいえ
8日()		はい いいえ
9日()		はい いいえ
10日()		はい いいえ
11日()		はい いいえ
12日()		はい いいえ
13日()		はい いいえ
14日()		はい いいえ
15日()		はい いいえ

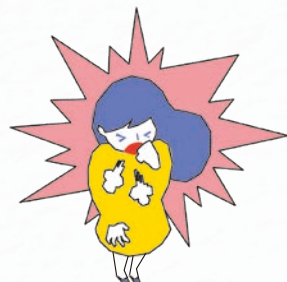
月	NRS (0～10)	外用剤を 塗りましたか？
16日()		はい いいえ
17日()		はい いいえ
18日()		はい いいえ
19日()		はい いいえ
20日()		はい いいえ
21日()		はい いいえ
22日()		はい いいえ
23日()		はい いいえ
24日()		はい いいえ
25日()		はい いいえ
26日()		はい いいえ
27日()		はい いいえ
28日()		はい いいえ
29日()		はい いいえ
30日()		はい いいえ
31日()		はい いいえ

ミチーガ治療中に予想される 主な副作用

ミチーガの使用により起こる可能性のある副作用を知っておきましょう。副作用は必ず起こるというものではありませんが、早めに気づいて対処することが大切です。

感染症

ヘルペス感染、ほうそうえん 蜂巣炎（蜂窩織炎）、ほうかしきえん 膿痂疹などの皮膚の感染症や、上気道炎などの全身の感染症がみられる場合があります。いつもと違う皮膚の症状や、発熱、せき、のどの痛みなどのかぜの症状を感じた場合は、必ず主治医もしくは医療機関にご連絡ください。



皮膚症状の悪化

ミチーガ治療中に、アトピー性皮膚炎の悪化や紅斑、じんま疹、湿疹などの皮膚症状の悪化がみられる場合があります。かゆみがおさまっていても、普段とは異なる新たな皮疹が出てきたり、皮疹が悪化した場合は、すぐに受診してください。

過敏症・注射部位の症状

一般的に、過敏症は、薬が体質に合わない場合に起こります。ミチーガの使用により、血圧低下、息苦しさ、意識の低下、ふらつき、めまい、吐き気、嘔吐などの症状がみられた場合は、すぐに主治医もしくは医療機関にご連絡ください。

その他、ミチーガを注射した部位の皮膚に内出血、赤み、はれなどの症状がみられることがあります。このような症状がみられた場合も、主治医もしくは医療機関にお申し出ください。



※こちらで紹介したもの以外にも、気になる症状が出た場合には、主治医もしくは医療機関にご相談ください。

患者さんサポートの ご紹介

患者さん向け情報サイト「ミチーガ®」を使用される方へ」

自己注射の準備や注射器の使い方などを動画でご紹介しています。

副作用や日常生活での注意など、いつでも確認できます。



LINEサポート

注射や通院のスケジュールをお知らせします。

注射時の記録や写真を残すことができ、経過を主治医にわかりやすく伝えることができます。



マルホ製品情報センター

ミチーガの操作に関するご質問は、マルホ製品情報センターへお問い合わせください。

*医師の診療・治療法、個人の健康、医学的問題に関するお問い合わせにはお答えできません。

す こ や か な ひ ふ
 **0120-458712** (フリーダイヤル)

【受付時間】 9:30～17:30 (土・日・祝日ならびに当社休業日を除く)

緊急時の連絡先

医療機関

施設名

住所・電話番号

薬 局

薬局名

住所・電話番号

その他

施設名

住所・電話番号