



GlaxoSmithKline

生きる喜びを、もっと  
Do more, feel better, live longer

**イミグラン®キット皮下注3mgを処方された患者さん用**

**あなたの頭痛を正しく記録**

# 記録ノート

【監修】北里大学医学部 神経内科学 教授 坂井 文彦

この記録ノートは受診時に持参して、  
医師と情報を共有するのにお役立てください。

- 頭痛について
- 頭痛ダイアリー
- トレーニング チェックシート

# 頭痛治療のスタート — それはまず、自分の頭痛のタイプを“知る”ことから！

頭痛の原因は多岐にわたり、また、頭痛の発作や痛みの程度など、その症状には個人差があります。そのため、治療法も患者さんごとに異なります。

したがって、患者さん1人1人に合った頭痛治療を行うためには、まず①患者さんご自身がどんな頭痛なのかを正確に“知り”、そして、②その症状を医師に的確に“伝える”ことが重要となります。

『頭痛ダイアリー』では、頭痛の症状のみならず、その時の対処法も一緒に記録していただくことで医師に的確に“伝わり”、医師はより最適な頭痛治療を選択することができます。

また、生活指導の参考にもなります。

あなたに合った頭痛治療を見つけるべく、まずは、本冊子にある『頭痛ダイアリー』を正しく記録することから始めましょう。

つらい頭痛を少しでも改善するためにも、『頭痛ダイアリー』は正しく記録しましょう！



このようなことを記録しましょう！

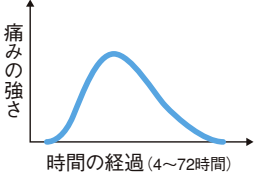
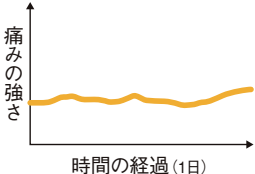
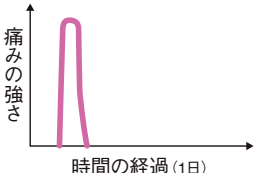


- 痛みの強さは？
- いつ起こったか？
- 頭痛のほかの症状は？
- その他気付いた点は？



- どんな薬を使った？
- 薬を使ってよくなった？
- どのくらい薬を使った？

# あなたの頭痛のタイプを見つけてみましょう

頭痛のタイプ	痛む部位は？	痛み方は？	どのくらい痛みが続く？	性別は？	頻度は？	頭痛以外の症状は？	日常生活でのポイント
片頭痛	片側、 ときに両側	<ul style="list-style-type: none"> <li>ズキンズキンという痛み（拍動性）</li> <li>動くと痛みが強くなる</li> </ul>	 <p>痛みの強さ</p> <p>時間の経過 (4~72時間)</p>	女性に多い	1カ月に 1~2回	<ul style="list-style-type: none"> <li>吐き気</li> <li>嘔吐</li> <li>光や音に敏感</li> </ul> など	<ul style="list-style-type: none"> <li>光、騒音を避ける</li> <li>寝過ぎ、寝不足を避ける</li> </ul> など
緊張型頭痛	頭全体	<ul style="list-style-type: none"> <li>締め付けられる痛み</li> </ul>	 <p>痛みの強さ</p> <p>時間の経過 (1日)</p>	男女間に差はない	毎日、週に数回 (精神的、身体的ストレスより発症)	<ul style="list-style-type: none"> <li>肩こり</li> <li>めまい</li> </ul> など	<ul style="list-style-type: none"> <li>長時間同じ姿勢をとらない</li> <li>精神的、身体的ストレスを取り除く</li> </ul> など
群発頭痛	片側	<ul style="list-style-type: none"> <li>突き刺す、えぐられる痛み</li> <li>痛くて、じっとしてられない</li> </ul>	 <p>痛みの強さ</p> <p>時間の経過 (1日)</p>	男性に多い	1~2カ月にわたって集中して 毎日	<ul style="list-style-type: none"> <li>どちらかの目の奥が激しく痛む</li> <li>涙がでる、目の充血</li> <li>鼻水・鼻づまり</li> </ul> など	<ul style="list-style-type: none"> <li>痛みが起こる期間には、絶対にお酒を飲まない</li> </ul> など

# イミグラン®キット皮下注3mg は、次のようなとき に使用しましょう

## 片頭痛の発作時に



重度の頭痛で  
目覚めてしまったとき



頭痛と同時に  
“吐き気”もするとき



いつもの片頭痛が  
急にひどくなったとき

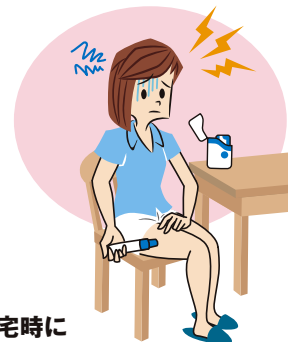


錠剤や点鼻液を服薬するタイミングを  
逃して頭痛がひどくなったとき



錠剤を 飲んでも痛みが治まらず、  
“重度”の片 頭痛へ進行してしまったとき

## 群発頭痛の発作時に



就寝時、仕事時、外出時、在宅時に  
発作が起きた際の“素早い”対応に

イミグランキット皮下注3mgは、**片頭痛**および**群発頭痛**の発作時に使用する薬剤です。

イミグラン錠を服薬した場合は、投与間隔を**2時間**あけてください。  
他のトリプタン製剤を服薬した場合は、投与間隔を**24時間**あけてください。

詳しくは、P.38または製品使用説明書をご覧ください。

# あなたの基本情報を整理しておきましょう

● 記入した日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

● 氏 名 \_\_\_\_\_ 男・女

● 身 長 \_\_\_\_\_ cm

● 体 重 \_\_\_\_\_ kg

● 現在、頭痛以外にも治療中の病気がありますか？

ある  ない

「ある」にした方へ

・治療中の病気は何ですか？ \_\_\_\_\_

・服用しているお薬は何ですか？ \_\_\_\_\_

● 以前、頭痛以外の病気で治療を受けたことがありますか？

ある（その病気は？： \_\_\_\_\_）  ない

● アレルギーはありますか？

ある（どんなアレルギー？： \_\_\_\_\_）  
 ない

● タバコは吸いますか？

吸う（1日あたり： \_\_\_\_\_ 本）  吸わない

● お酒はどのくらい飲みますか？

毎日飲む（1日量： \_\_\_\_\_ 杯）  時々飲む  飲まない

● 授乳は？

している  していない

● 妊娠の可能性は？

妊娠中  可能性あり  可能性なし

# 『頭痛ダイアリー』記入方法

『頭痛ダイアリー』を付けることにより、  
自分の「頭痛のタイプ」や「薬の効果」などがわかるようになります。

## 【頭痛ダイアリー 記載例】

### 頭痛の程度

頭痛の程度を3段階で記入してください。

- ≡ 重度
- ≡≡ 中程度
- ≡≡≡ 軽度

### 日常生活への影響度

日常生活への影響度を3段階で記入してください。

- ≡≡≡ 何も手につかず、横にならなければならない。
- ≡≡ 仕事・学校・家事の能率が通常の半分以下である。
- ≡ 頭痛はあるが、日常生活に大きな支障はない。

日付	生理	痛み	頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
10/15 (月)	↓	痛み	≡	+	—	≡	① ② 昨日と同じ
16 (火)	↓	痛み	≡≡	≡	—	≡≡	③ ④ ⑤ ⑥ お昼に痛み、会社休
17 (水)	↓	痛み	≡	—	—	+	⑦ ⑧ 生理がおきた

生理のあった期間に  
線を引いてください。

服用したお薬の略称と服薬した数、  
効果を記入してください。(P.10参照)

症状マーク (P.10参照) や、一日の  
出来事・状態などを記入してください。

## ◆ お薬の略称

イ：イミグラン錠 鼻：イミグラン点鼻液 注：イミグランキット皮下注3mg  
ゾ：ゾーミック マ：マクサルト レ：レルパックス バ：バファリン  
他：その他の鎮痛薬(市販薬含む)…薬の名前も記入

効いたら○、やや効いたら△で、薬の略称を囲み、  
服薬した数を併記してください。

(例)・イミグラン錠を1錠服用し、効果があった場合→イ1

## ◆ 症状のマーク

- 脈 脈打つ痛み
- 重 重い痛み
- は 吐き気
- 吐 嘔吐
- 光 光が気になる
- 音 音が気になる
- に においが気になる
- 突 突き刺す痛み
- 奥 目の奥がえぐられる痛み
- 涙 涙がでる
- 充 目の充血
- 水 鼻水がでる
- つ 鼻がつまる

(例)・脈打つ痛みがあり、吐き気がする場合 → 脈 は  
・突き刺すような痛みがあり、涙がでた場合 → 突 涙

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
／ (月)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (火)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (水)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (木)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (金)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (土)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (日)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
／ (月)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (火)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (水)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (木)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (金)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (土)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	
／ (日)		痛み 薬	— —	— —	— —	—	

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# 頭痛ダイアリー

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

◆ 予防薬を服用していますか：  はい  いいえ

(服用しているお薬の名前を記入してください： )

日付	生理		頭痛の程度			影響	MEMO (頭痛のタイプ、吐き気、前ぶれ、誘因など)
			午前	午後	夜		
/ (月)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (火)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (水)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (木)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (金)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (土)		痛み	—	—	—	—	
		薬					
/ (日)		痛み	—	—	—	—	
		薬					

# イミグラン®キット皮下注3mg について

## ■ キャリーケースおよびペン型注入器の受け取り日

- 受け取り日 年 月 日
- 使用期限 年 月 日

使用期限が過ぎた場合には、医師にご相談ください。



## ■ カートリッジパックが処方された日

- 処方日 年 月 日
- 使用期限 年 月 日
- 処方日 年 月 日
- 使用期限 年 月 日
- 処方日 年 月 日
- 使用期限 年 月 日

※裏面上部に使用期限が記載されています。



## イミグランキット皮下注3mg ご使用にあたって

- 本剤は、**片頭痛および群発頭痛の発作時に使用する薬剤**です。
- 片頭痛および群発頭痛以外の頭痛の治療、または、片頭痛および群発頭痛の予防を目的としては**使用しないでください**。
- 本剤使用後に、気分が悪くなったり、何か変わった症状が現れた場合は、**すぐに医師にご相談ください**。



## イミグランキット皮下注3mg 投与方法および投与量

- ▶ 片頭痛および群発頭痛が現れたときに、**1回1本**を注射します。  
なお本剤は1回1本、**1日に2回まで**使用できます。

### 片頭痛

1回の片頭痛発作において、初回の注射で頭痛が軽減し、24時間以内に次の片頭痛発作が起こった場合にも注射することができます。2回の投与の間には**1時間以上**の間隔をあけてください。

### 群発頭痛

1日2回の発作に投与することができますが、2回の投与の間には**1時間以上**の間隔をあけてください。

※本剤を使用しても全く効果が認められない場合には、他の原因による頭痛の可能性があるので、それ以上本剤を使用しないでください。

その他の注意等につきましては、製品使用説明書をご覧ください。

# トレーニング チェックシート

■ 「練習用使用説明書」にしたがって、正しく自己注射できているかをチェック☑しましょう!

トレーニング実施日

年 月 日 ( )

チェックポイント		ちゃんと できている	ほぼ できている	少し 手間取った	手間取った	できなかった
「Ⅲ. 注射の準備を覚える(カートリッジの取りつけ)」について						
1	注射部位をきちんと確認できましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	練習用カートリッジパックの使用する側のふたを開けられましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	「注入ボタン」を押さずに、キャリーケースからペン型注入器を取り出せましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	練習用カートリッジをペン型注入器にきちんと装着できましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「Ⅳ. 注射の動作を覚える」について						
5	「注入ボタン」を押さずに、カートリッジを装着したペン型注入器を取り出せましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	注射時は、ペン型注入器の先端を、注射部位に垂直に強く押し当てられましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	「注入ボタン」を押した後、ペン型注入器を注射部位からすぐ離さずに、そのまま5秒間待ちましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	ペン型注入器を注射部位からゆっくり離せましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	使用済みのカートリッジをカートリッジパックに戻せましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	ペン型注入器を奥までしっかりキャリーケースに戻せましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	片付けるときは、キャリーケースのふたをきちんと閉めましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ 指示通り使用できましたか?

はい  いいえ  (“いいえ”の場合はその理由: \_\_\_\_\_)

# トレーニング チェックシート

■ 「練習用使用説明書」にしたがって、正しく自己注射できているかをチェック☑しましょう!

トレーニング実施日

年 月 日 ( )

チェックポイント		ちゃんと できている	ほぼ できている	少し 手間取った	手間取った	できなかった
「Ⅲ. 注射の準備を覚える(カートリッジの取りつけ)」について						
1	注射部位をきちんと確認できましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	練習用カートリッジパックの使用する側のふたを開けられましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	「注入ボタン」を押さずに、キャリーケースからペン型注入器を取り出せましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	練習用カートリッジをペン型注入器にきちんと装着できましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「Ⅳ. 注射の動作を覚える」について						
5	「注入ボタン」を押さずに、カートリッジを装着したペン型注入器を取り出せましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	注射時は、ペン型注入器の先端を、注射部位に垂直に強く押し当てられましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	「注入ボタン」を押した後、ペン型注入器を注射部位からすぐ離さずに、そのまま5秒間待ちましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	ペン型注入器を注射部位からゆっくり離せましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	使用済みのカートリッジをカートリッジパックに戻せましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	ペン型注入器を奥までしっかりキャリーケースに戻せましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	片付けるときは、キャリーケースのふたをきちんと閉めましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ 指示通り使用できましたか?

はい  いいえ  (“いいえ”の場合はその理由: \_\_\_\_\_)

病・医院名

**グラクソ・スミスクライン 株式会社**

**IGXX0072-P0712N**  
作成年月2007年12月 (MK)