レパーサ®による治療を
受けられる方へ

レパーサ®日誌
［治療記録ノート］

監修

横手 幸太郎 先生
千葉大学大学院医学研究院 内分泌代謝・血液・老年内科学 教授

治療情報メモ

[治療開始時]

初回注射日	＿＿＿＿年 ＿＿＿＿月 ＿＿＿＿日
剤形	(□ペン ・ □オートミニドーザー)使用
注射スケジュール および用量	(2 ・ 4)週間に1回 1回 ＿＿＿＿mg (＿＿＿＿箱)
現在の LDLコレステロール値	＿＿＿＿mg/dL
あなたの LDLコレステロール 管理目標値	＿＿＿＿mg/dL

[**変　更　時**] (注射スケジュールに変更がある場合、以下にご記入ください)

変更日 ＿＿＿年 ＿＿月 ＿＿日	(2 ・ 4)週間に1回 1回 ＿＿＿＿mg (＿＿＿＿箱)
変更日 ＿＿＿年 ＿＿月 ＿＿日	(2 ・ 4)週間に1回 1回 ＿＿＿＿mg (＿＿＿＿箱)
変更日 ＿＿＿年 ＿＿月 ＿＿日	(2 ・ 4)週間に1回 1回 ＿＿＿＿mg (＿＿＿＿箱)
変更日 ＿＿＿年 ＿＿月 ＿＿日	(2 ・ 4)週間に1回 1回 ＿＿＿＿mg (＿＿＿＿箱)
変更日 ＿＿＿年 ＿＿月 ＿＿日	(2 ・ 4)週間に1回 1回 ＿＿＿＿mg (＿＿＿＿箱)

レパーサ®日誌の使い方

- レパーサ®日誌には、レパーサ®を注射した日、注射した部位、気になる症状などについてと、次回の注射予定日を記録することができます。
- レパーサ®日誌を診察時に持参することで、これまでの注射の状況や、患者さんが気になったことを主治医・看護師に伝えやすくなります。注射をしたら必ず記録するようにして、治療のために役立ててください。

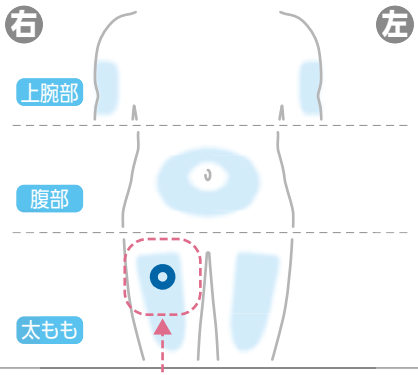
－ 診察時にはこの日誌を主治医の先生にお見せください －

記入のしかた

1 注射した日を記入しましょう。

3 注射して気になったことを記入して、主治医・看護師に相談しましょう。

記入例

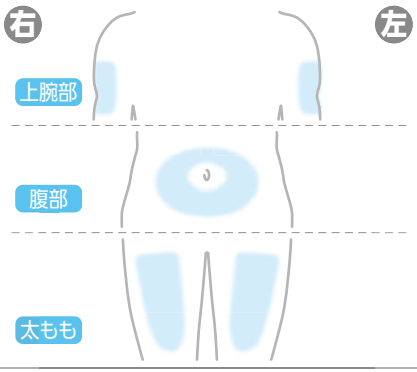
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
1 月 23 日		初めてだったが、思ったよりも痛みがなかった。 次回注射予定 2 月 6 日

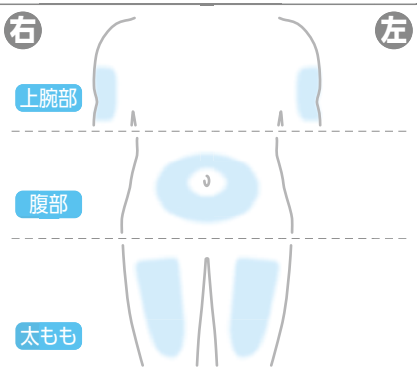
2 注射した部位にマークをつけましょう。

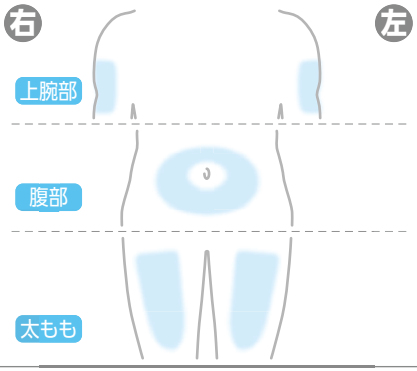
4 2ページの注射スケジュールを確認して、次回の注射予定日を記入しましょう。

※ 自己注射をする場合には、主治医・看護師の指導を受けることが必要です。
※ 自己注射をする時には必ず、事前に「レパーサ皮下注140mgペン自己投与のための使い方ハンドブック」または「レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー自己投与のための使い方ハンドブック」をよく読んで、手順を確認してから注射してください。
※ 上腕部は、患者さん自身で投与してはいけません。

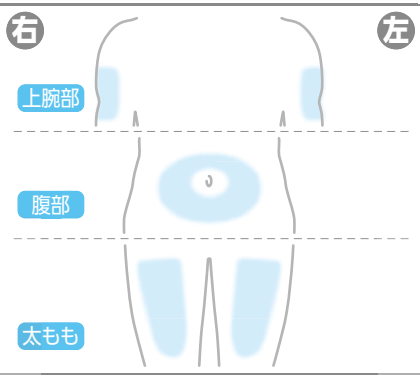
注射の記録

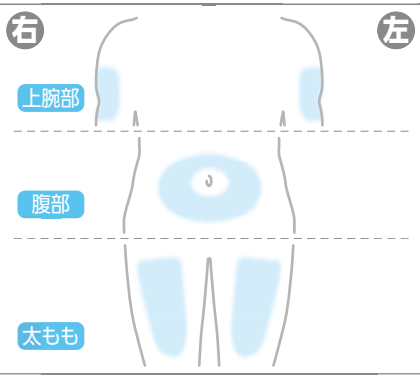
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

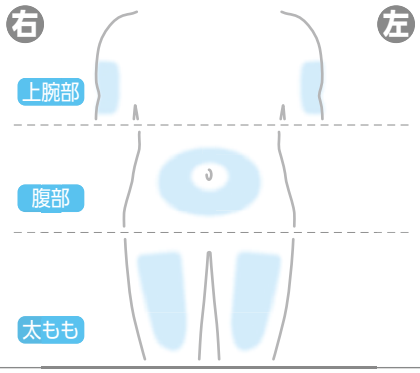
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

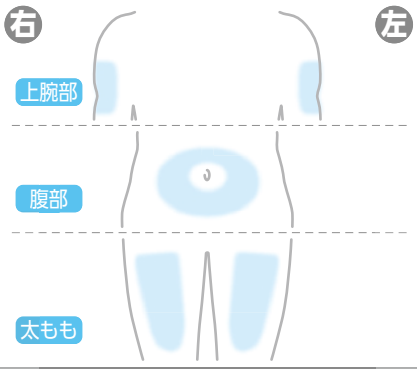
※ 自己注射をする場合には、主治医・看護師の指導を受けることが必要です。
※ 自己注射をする前には必ず、使い方ハンドブックで、手順を確認してから注射してください。
※ 上腕部は、患者さん自身で投与してはいけません。

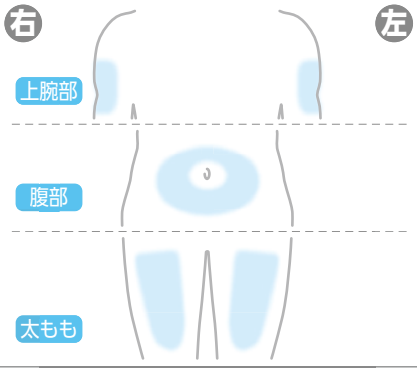
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

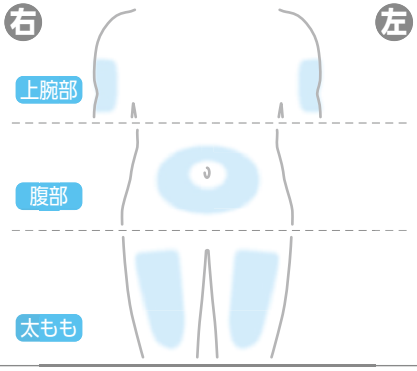
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

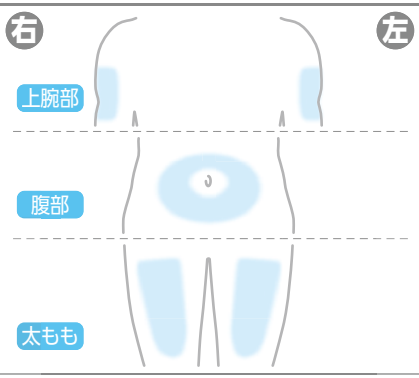
注射の記録

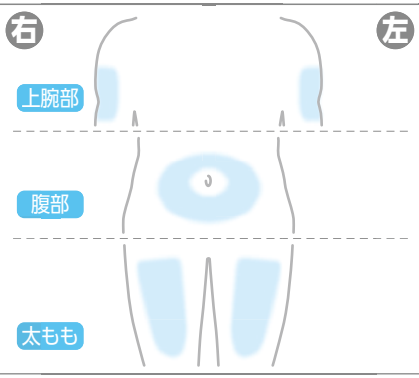
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

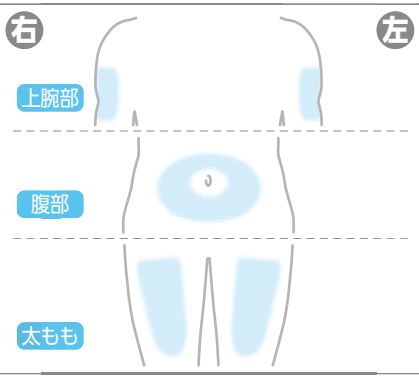
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

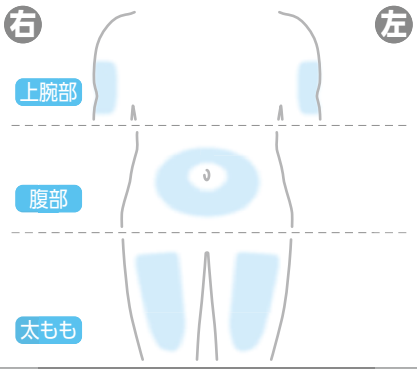
※ 自己注射をする場合には、主治医・看護師の指導を受けることが必要です。
※ 自己注射をする前には必ず、使い方ハンドブックで、手順を確認してから注射してください。
※ 上腕部は、患者さん自身で投与してはいけません。

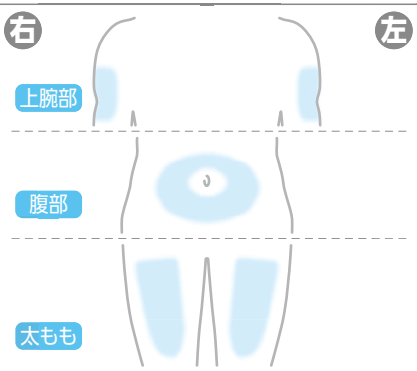
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

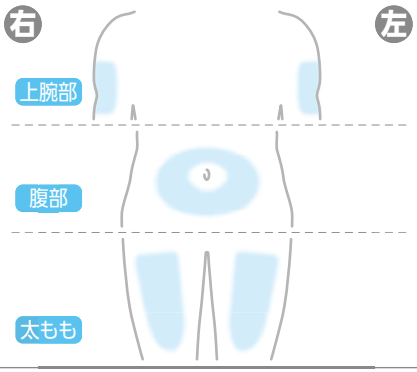
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

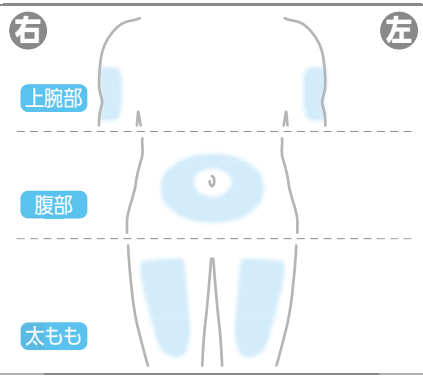
注射の記録

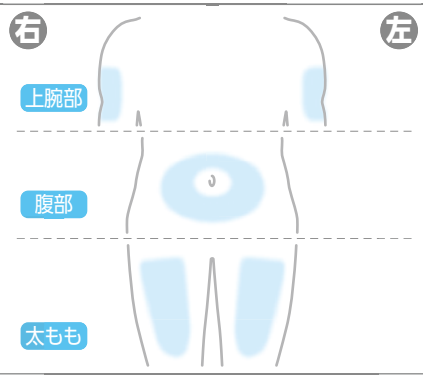
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

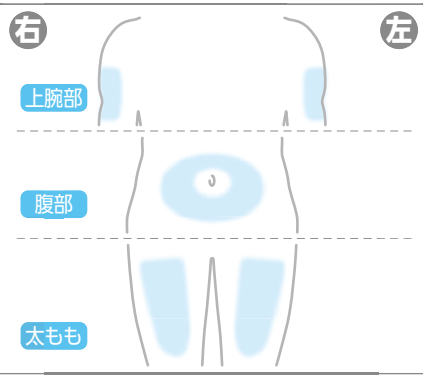
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

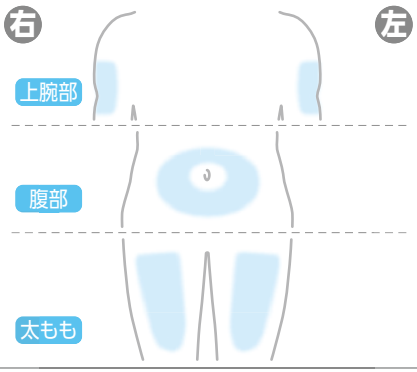
※ 自己注射をする場合には、主治医・看護師の指導を受けることが必要です。
※ 自己注射をする前には必ず、使い方ハンドブックで、手順を確認してから注射してください。
※ 上腕部は、患者さん自身で投与してはいけません。

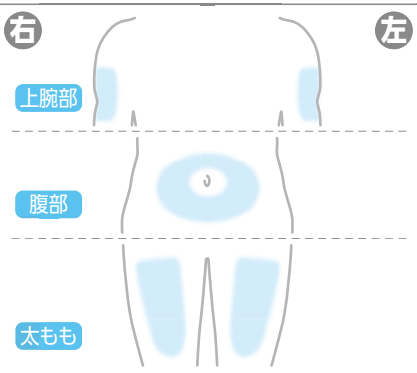
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

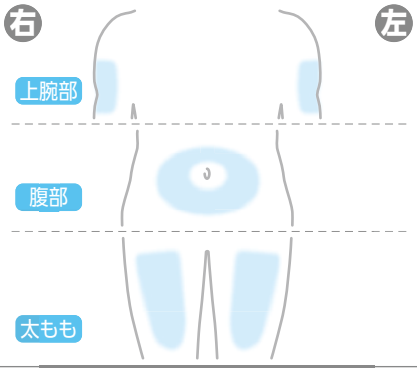
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

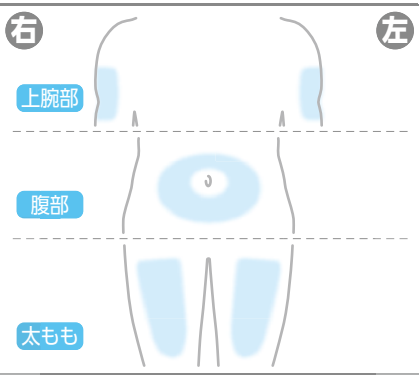
注射の記録

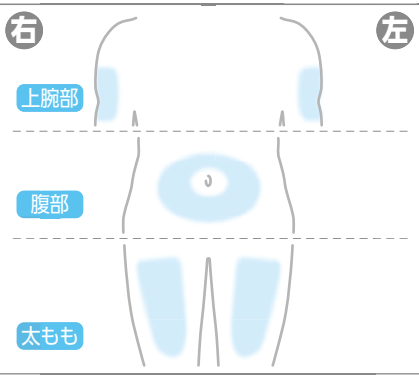
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

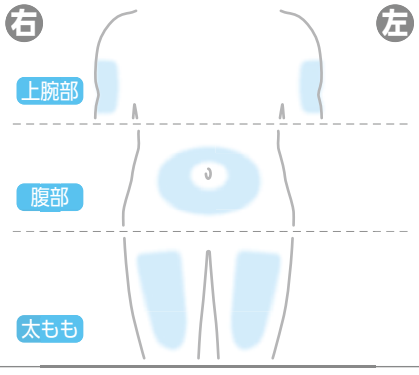
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

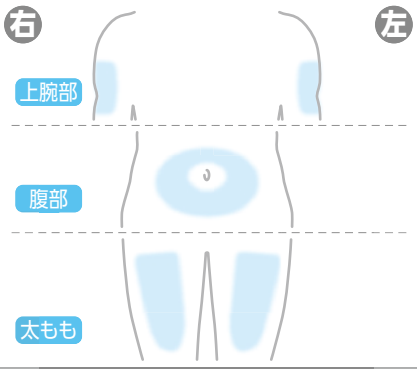
※ 自己注射をする場合には、主治医・看護師の指導を受けることが必要です。
※ 自己注射をする前には必ず、使い方ハンドブックで、手順を確認してから注射してください。
※ 上腕部は、患者さん自身で投与してはいけません。

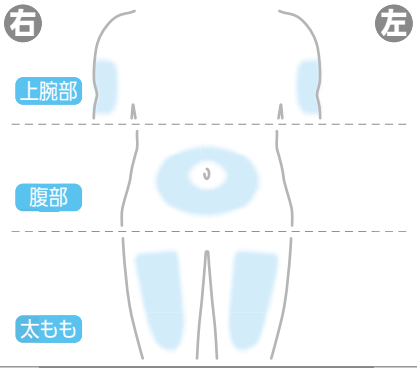
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

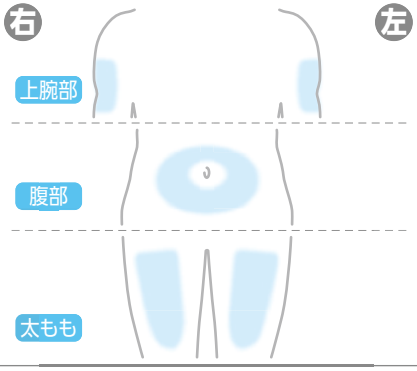
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

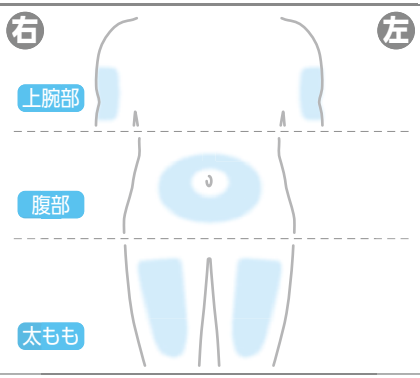
注射の記録

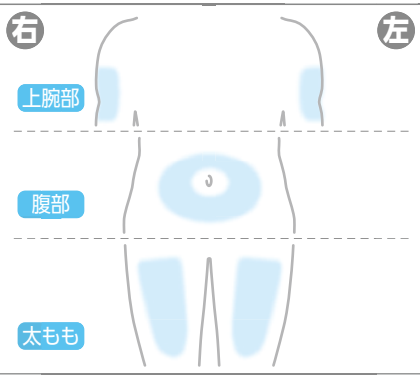
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

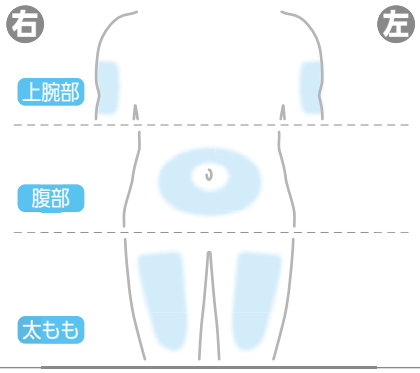
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

※ 自己注射をする場合には、主治医・看護師の指導を受けることが必要です。
※ 自己注射をする前には必ず、使い方ハンドブックで、手順を確認してから注射してください。
※ 上腕部は、患者さん自身で投与してはいけません。

注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

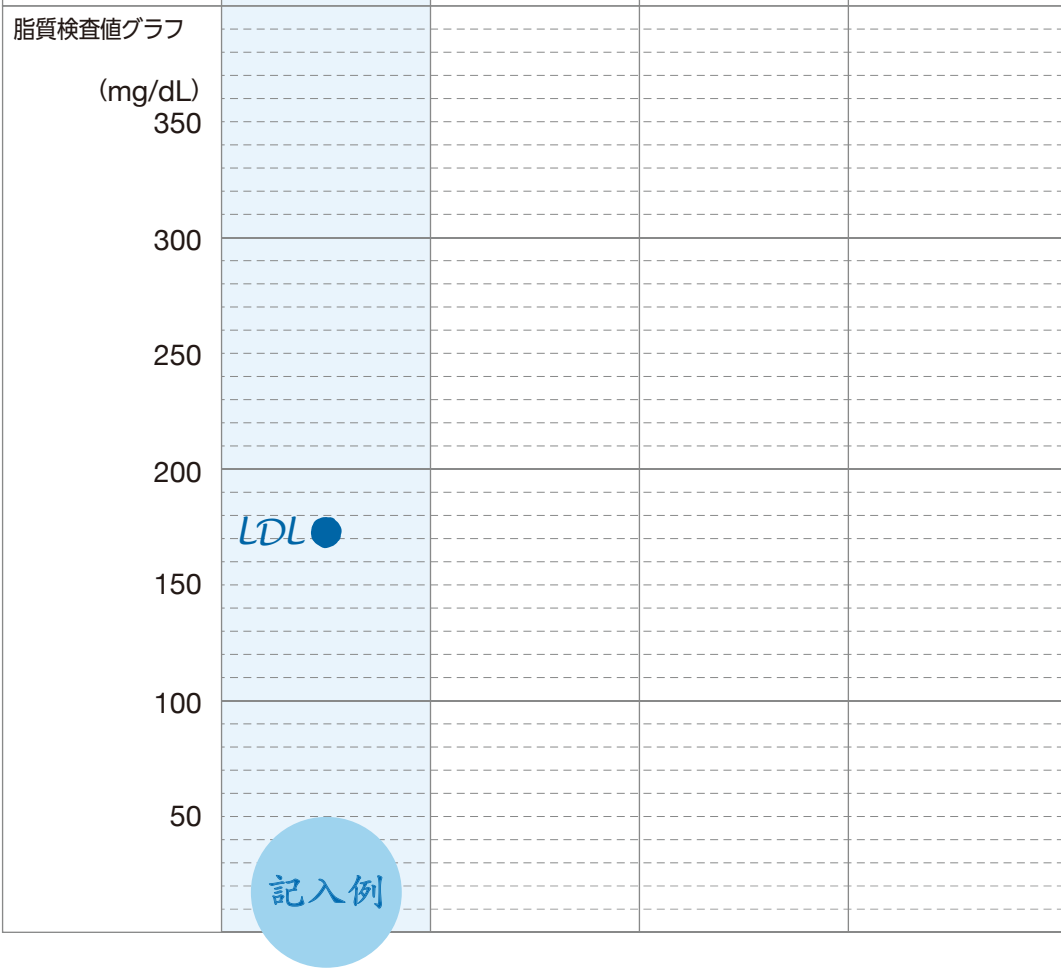
注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

注射日	注射した部位	気になる症状/その他
____月 ____日		…… …… …… …… …… **次回注射予定** ____月 ____日

脂質検査値の推移

検査日	2019年 7月14日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
LDLコレステロール	173 mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
HDLコレステロール	41 mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
中性脂肪	168 mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
総コレステロール	248 mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
non-HDLコレステロール	207 mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL

脂質検査値グラフ



＿＿＿年 ＿＿月＿＿日	＿＿＿年 ＿＿月＿＿日	＿＿＿年 ＿＿月＿＿日	＿＿＿年 ＿＿月＿＿日	
＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	
＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	
＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	
＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	
＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	＿＿＿ mg/dL	
				(mg/dL) 350
				300
				250
				200
				150
				100
				50

レパーサ®を処方された患者さんとそのご家族の方へ

レパーサ®皮下注140mgペン、レパーサ®皮下注420mg
オートミニドーザーの使い方は、以下のサイトからイラスト、
動画でご確認できます。

URL：https://repatha-pts.jp/

アムジェン株式会社　　アステラス製薬株式会社

（2020年4月印刷）MH-Σ
RPA22012A01
EVO200005MH1