



自己注射の記録冊子

Rhythm®
PHARMACEUTICALS

イムシブリー®皮下注10mgで
治療をする患者さんとそのご家族の方へ

治療日誌

記載期間

年 月 日 ~ 年 月 日



監修

名古屋市立大学大学院 医学研究科
消化器・代謝内科学 准教授

田中 智洋 先生

はじめに



- まずは3ページの「治療についての情報」の各項目について、担当医師に記入を依頼するか、ご自身で記入しましょう。
- イムシブリー®皮下注10mgは毎日の注射を続けていくことが大切な薬です。
- この冊子に注射位置や注射した量、体重、体調などを記録して、日々の適切な管理にお役立てください。
- 注射の方法は「自己注射ガイドブック」または「使い方ガイド」を参考にしてください。
- 受診時にはこの冊子を医師や看護師などの医療スタッフに見せて、注射の状況や体調などの情報を共有しましょう。
- 冊子を使い終わりそうになったら、医師や医療スタッフから新しい冊子を受け取ってください。
- 冊子の使い方で分からないことがあれば、医師や医療スタッフに相談してください。



少しでも体調や気分がよくないと感じたら、医療機関を受診してください。

その際は、3ページを提示するなど、治療中の病名や、イムシブリー®皮下注10mgを含む現在の治療薬の使用状況などについて、受診先の医療機関に伝えてください。より早期に適切な診断と治療を受けられる可能性が高くなります。

治療についての情報

【治療の記録】

後天性視床下部性肥満や他の病気の治療について、記録しておきましょう。
緊急で受診する場合などには、このページを医師や医療スタッフに見せてください。

原疾患(元の病気)の診断名	
診断年・月	
現在のホルモン補充療法の実施状況	☐ 副腎皮質ホルモン ☐ 甲状腺ホルモン ☐ 成長ホルモン ☐ 性腺刺激ホルモン／性腺ホルモン ☐ 抗利尿ホルモン
イムシブリーの処方開始年・月	
現在の通院先と担当医師名	

【初回注射時の記録】

治療を始めたときのことを、
メモしておきましょう。

2冊目以降はこの表の情報を
書き写してから使い始めてください。

初回注射日	年 月 日
初回注射時の体重	kg
初回注射時のBMI※ (小児の場合は肥満度)	

※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m)²

1ヵ月ごとの治療目標

ご自身で、または医師と相談して目標を立て、記入しましょう。

記入例	・ 毎日注射する ・ 毎日この日誌に記載する
【1ヵ月目】 ／ ～ ／	
【2ヵ月目】 ／ ～ ／	
【3ヵ月目】 ／ ～ ／	
【4ヵ月目】 ／ ～ ／	

BMI (肥満度) の記録

BMI (小児の場合は肥満度) を医師に計算してもらったときは記入してください。

日付	BMI (小児の場合は肥満度)
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

注射する量の確認

医師から伝えられた注射する量を記入し、注射するときに確認しましょう。

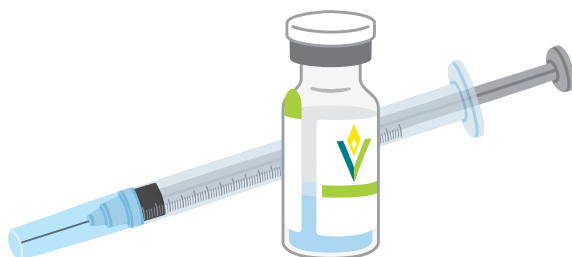
日付	注射する量	メモ
／ ～ ／	1回 mL	
／ ～ ／	1回 mL	
／ ～ ／	1回 mL	
／ ～ ／	1回 mL	
／ ～ ／	1回 mL	
／ ～ ／	1回 mL	
／ ～ ／	1回 mL	
／ ～ ／	1回 mL	
／ ～ ／	1回 mL	
／ ～ ／	1回 mL	

【イムシブリーを注射する量について】

注射する量は、最初は0.05mL (0.5mg) から開始し、少しずつ増量しますが、年齢・体重・患者さんの状態などによって、最大注射量が変わります。

年齢・体重ごとの最大注射量

年齢	体重	1日の最大注射量
4歳以上6歳未満	20kg未満	0.15mL (1.5mg)
	20kg～25kg未満	0.2mL (2.0mg)
	25kg～30kg未満	0.25mL (2.5mg)
	30kg以上	0.3mL (3.0mg)
6歳以上		0.3mL (3.0mg)



治療日誌の使い方

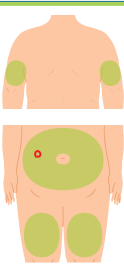
【注射前】

注射する位置は毎日変える必要があるため、
前回注射した位置を確認してから注射を始めてください。

【注射後】

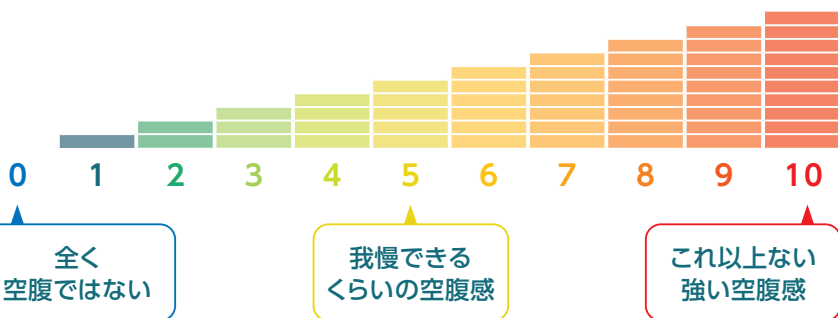
注射した日時、注射した位置、注射した量、体重、
この24時間で一番強かった空腹感、吐き気や嘔吐の有無を記録します。
その他にも気になったことがあれば、メモ欄に記入してください。

記入例

日付 時間	5 / 10 (日) 8 : 10
注射した位置	 注射した位置に○をつけます。
注射した量	0.05 mL
体重	67 kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	6 点 この24時間で一番強かった空腹感を、 次のページを参考に記入してください。
吐き気・嘔吐	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)	昨夜、頭痛が あったが、 朝起きたら 治っていた その他、体調の変化や気持ちの変化、 気になることについても記入してくだ さい。

【空腹感の記入方法】

空腹感については、下記を参考に点数をつけてください。



【メモ欄に記載すること】

①副作用などの体調の変化

以下の症状があった場合には、記入してください。

- しきそかじょう しきそちんちゃく 色素過剰(色素沈着)
- おうと 吐き気・嘔吐
- 頭痛
- 持続勃起症
- 注射部位反応
- 疲労

②過食・体重以外に気になること

下記のような困りごとや体調、気持ちなどの変化があるときは、メモしてください。



自分が嫌になる、
気分が落ち込みがち



疲れやすい、
治療への意欲の変化



体が動かしにくい

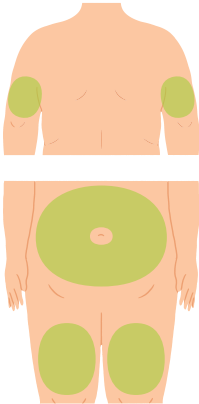
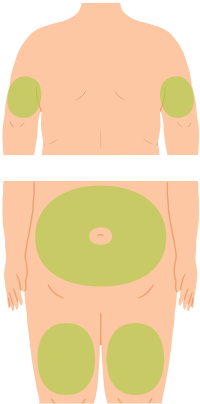
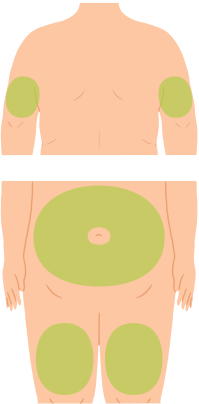


眠りが悪い



周囲の目が気になる

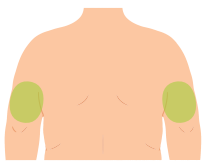
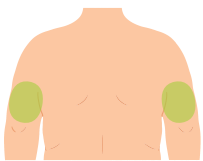
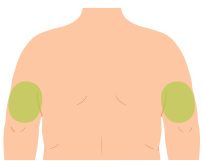
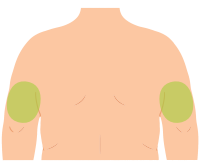
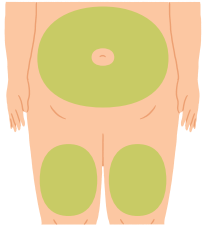
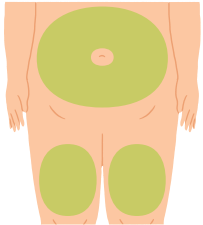
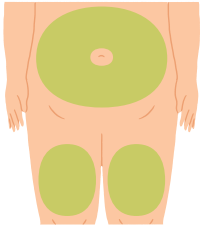
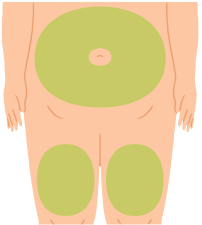
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、[9ページ](#)をご参照ください

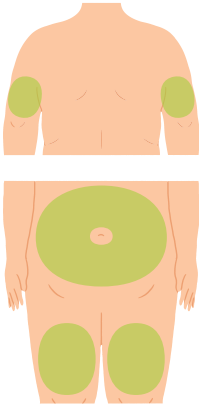
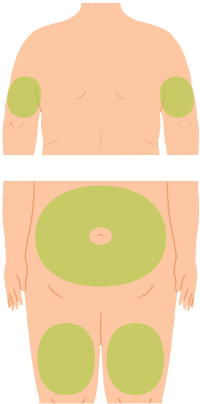
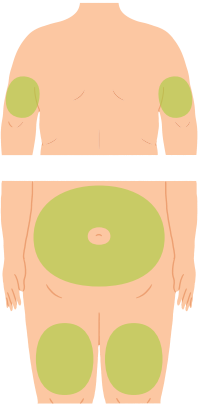
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり / なし	あり / なし	あり / なし	あり / なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

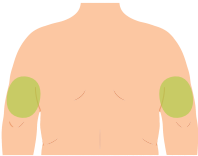
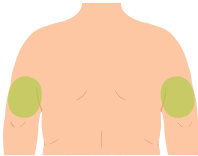
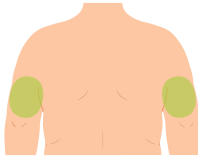
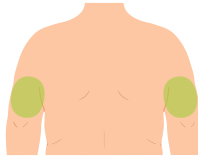
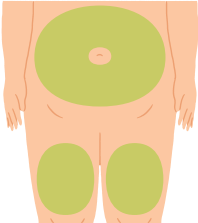
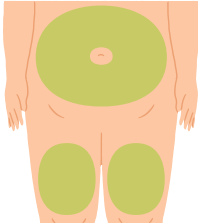
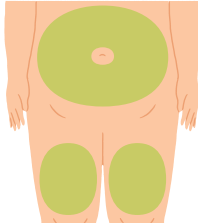
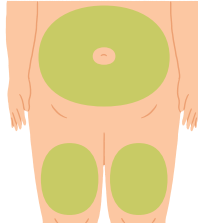
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、9ページをご参照ください

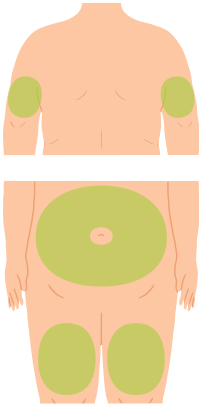
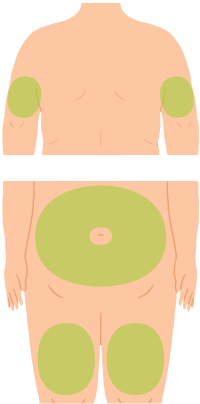
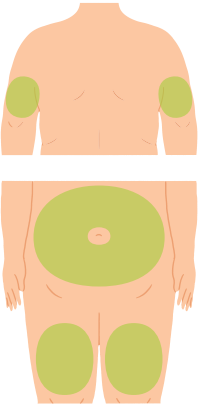
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり／なし	あり／なし	あり／なし	あり／なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

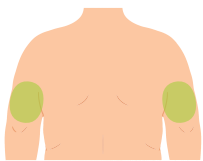
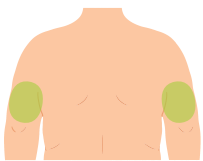
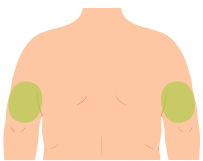
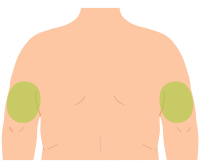
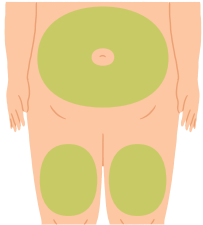
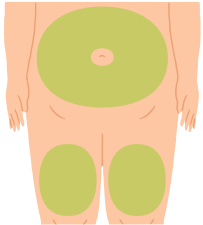
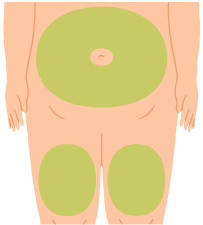
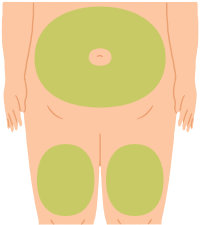
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、9ページをご参照ください

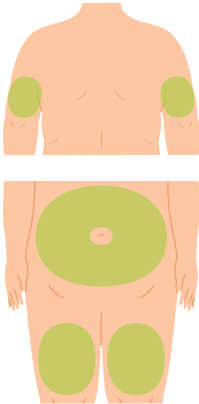
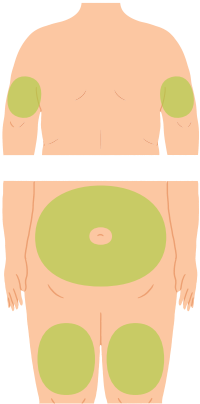
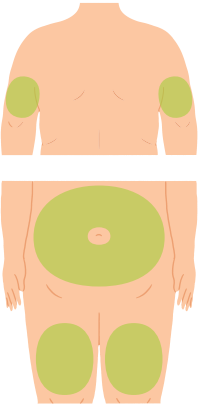
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり／なし	あり／なし	あり／なし	あり／なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

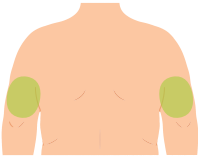
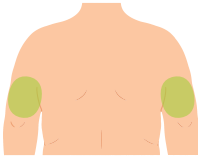
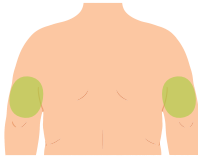
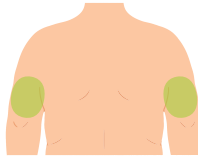
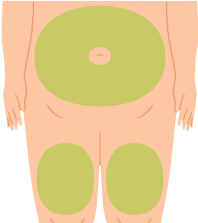
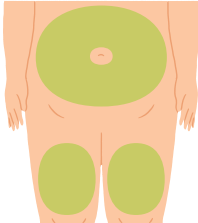
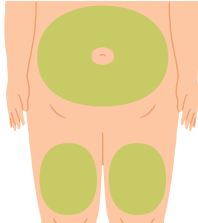
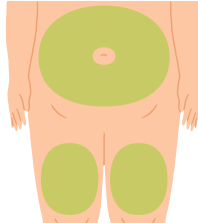
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、[9ページ](#)をご参照ください

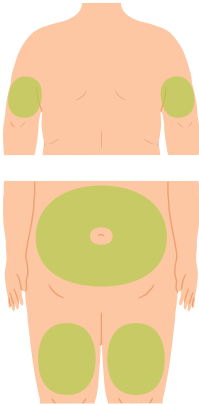
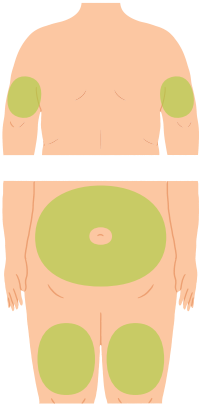
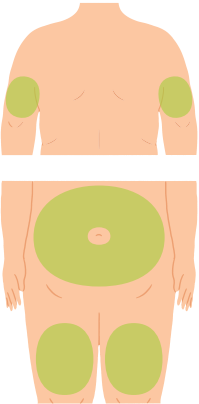
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり / なし	あり / なし	あり / なし	あり / なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

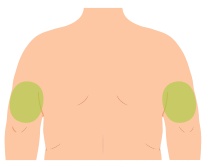
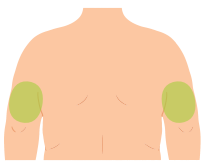
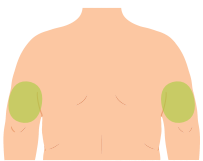
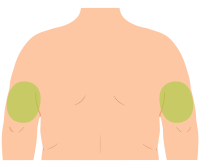
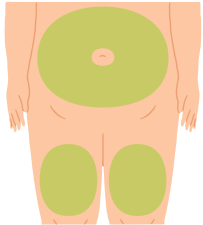
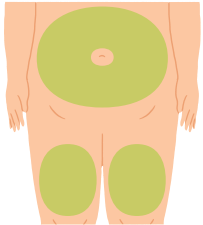
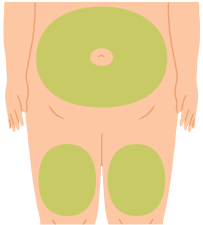
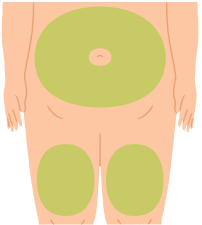
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、9ページをご参照ください

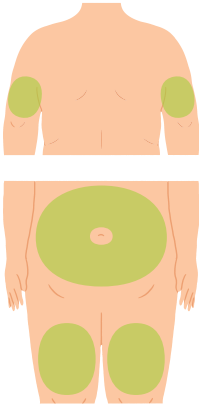
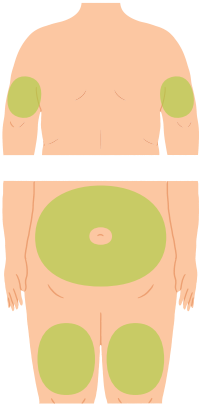
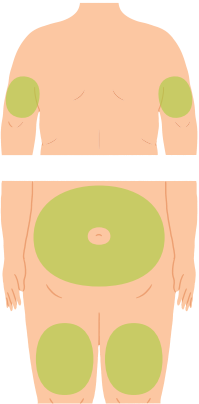
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり / なし	あり / なし	あり / なし	あり / なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

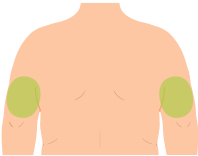
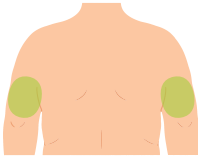
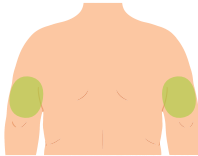
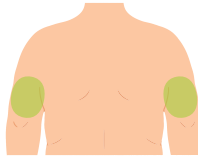
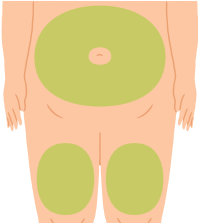
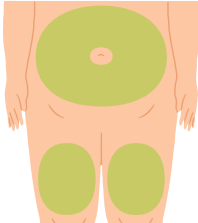
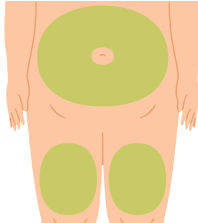
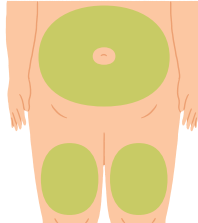
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、9ページをご参照ください

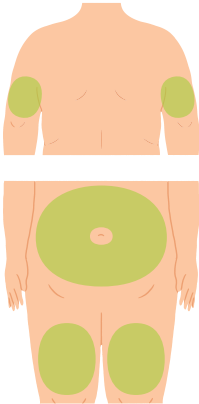
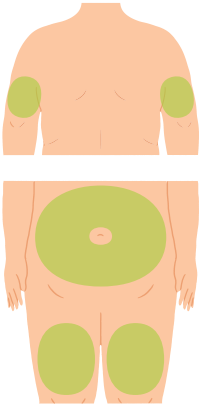
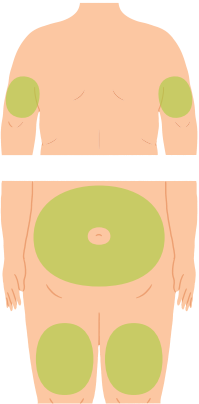
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり / なし	あり / なし	あり / なし	あり / なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

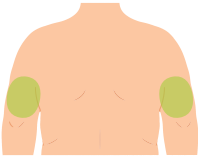
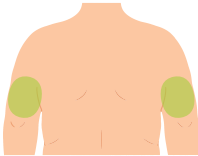
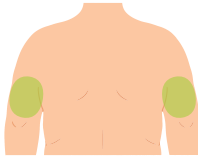
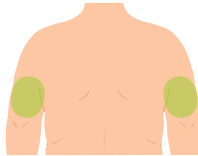
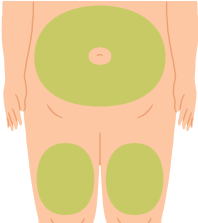
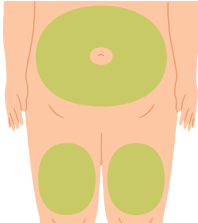
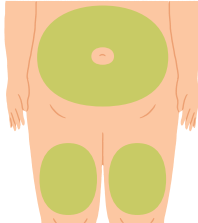
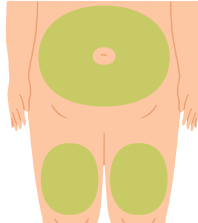
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、9ページをご参照ください

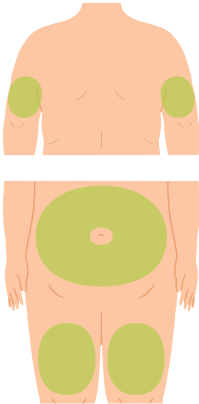
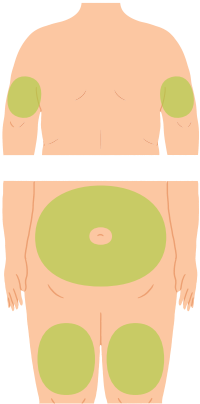
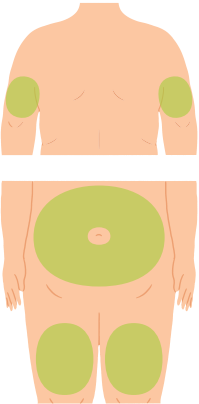
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり / なし	あり / なし	あり / なし	あり / なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

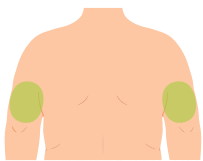
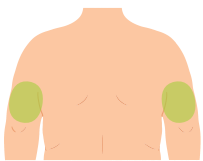
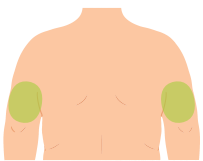
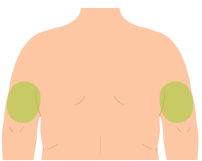
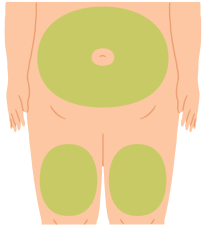
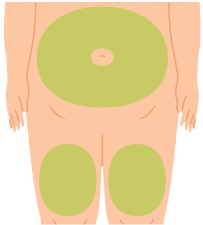
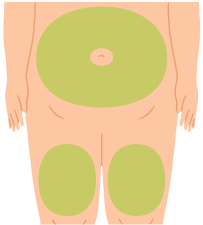
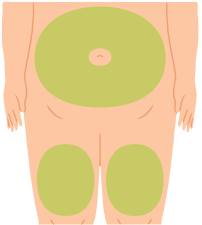
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、9ページをご参照ください

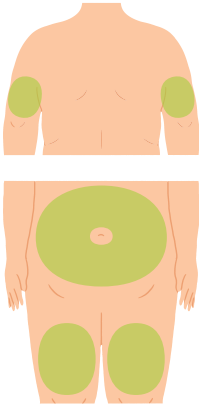
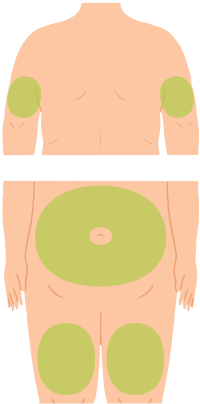
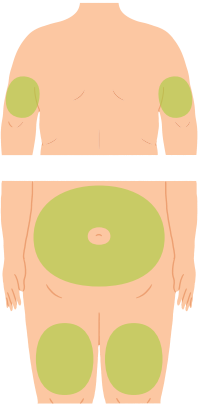
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり／なし	あり／なし	あり／なし	あり／なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

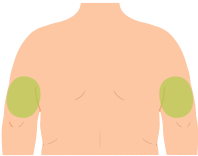
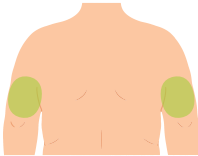
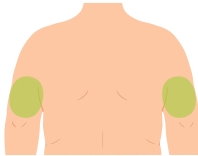
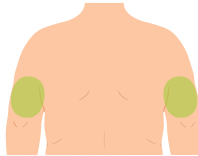
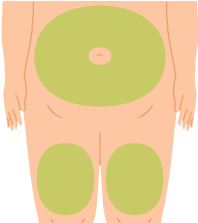
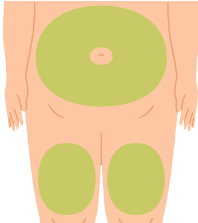
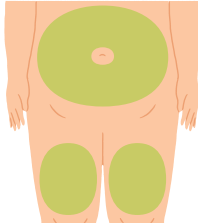
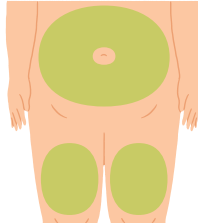
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、9ページをご参照ください

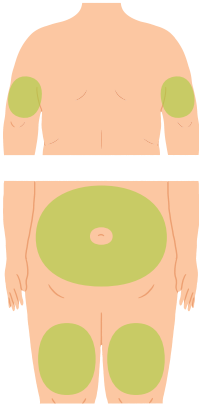
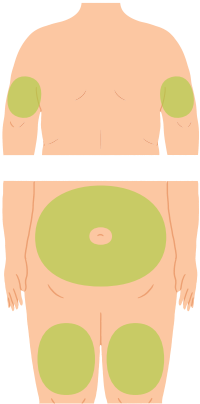
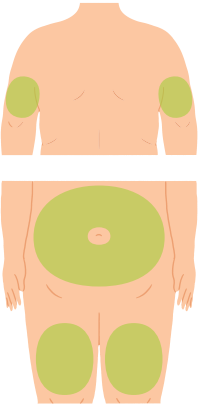
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり / なし	あり / なし	あり / なし	あり / なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

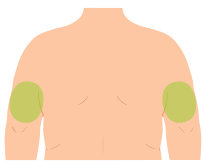
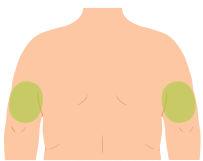
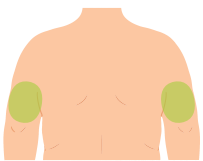
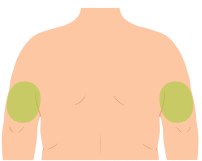
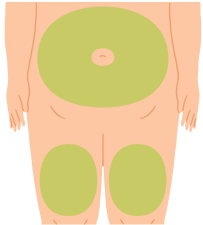
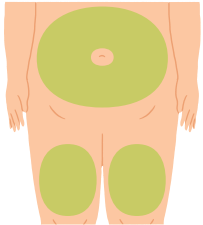
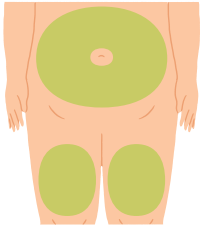
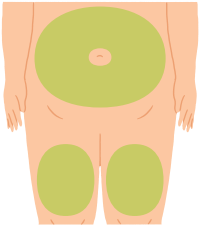
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、9ページをご参照ください

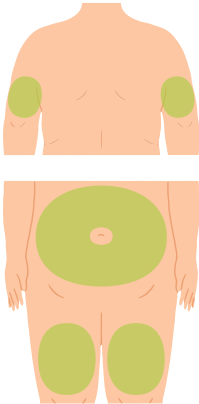
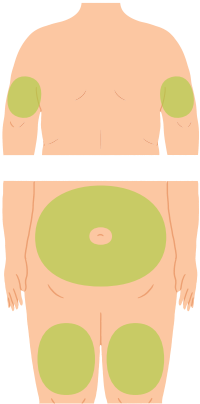
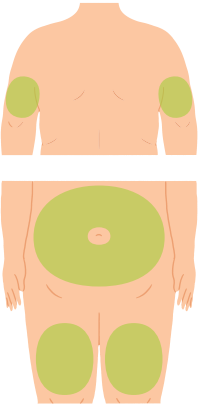
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり / なし	あり / なし	あり / なし	あり / なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

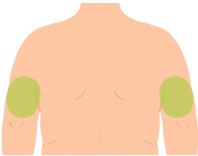
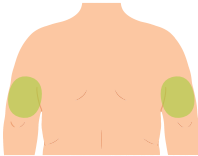
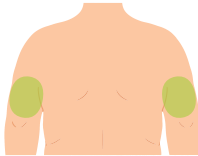
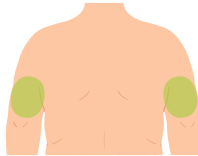
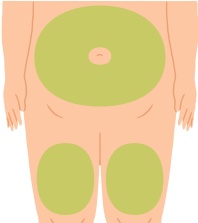
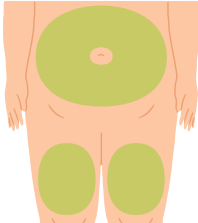
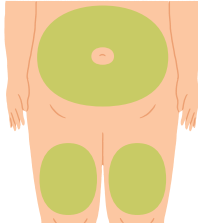
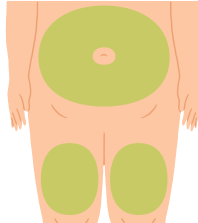
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、9ページをご参照ください

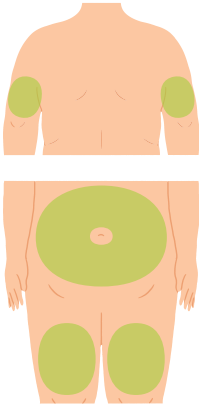
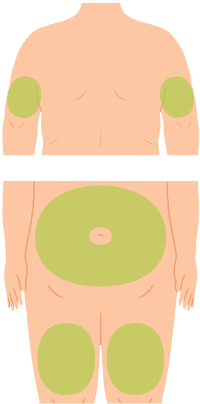
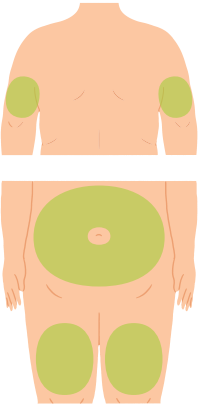
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり / なし	あり / なし	あり / なし	あり / なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

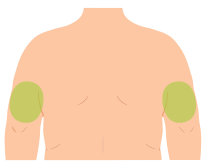
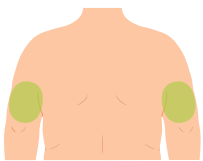
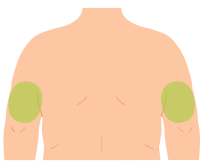
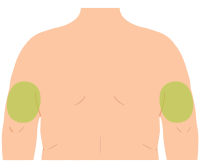
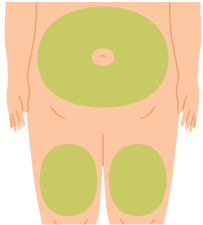
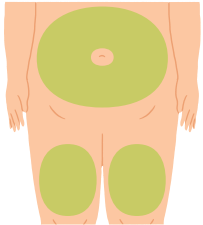
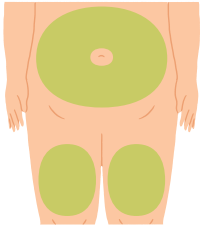
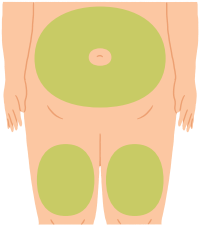
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、9ページをご参照ください

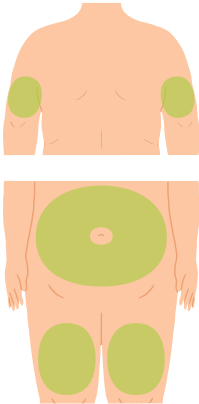
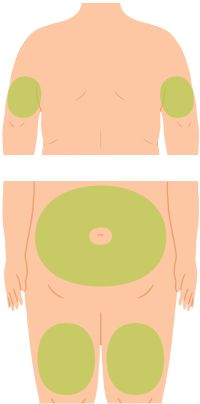
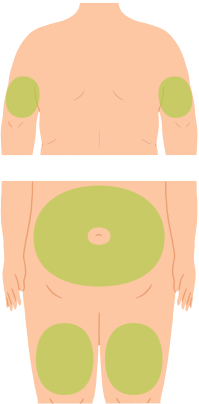
*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり / なし	あり / なし	あり / なし	あり / なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

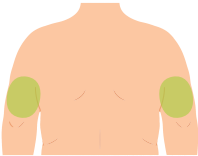
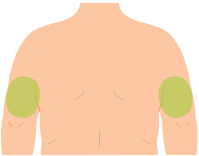
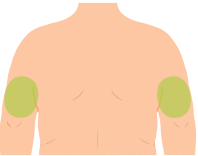
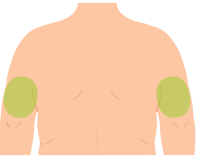
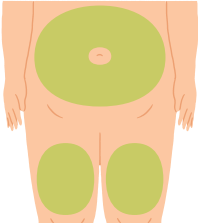
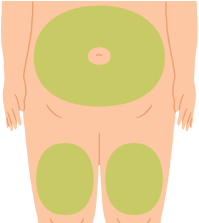
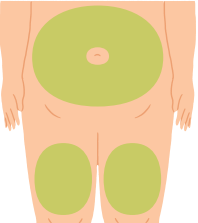
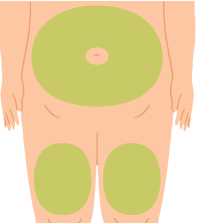
私の毎日の注射記録

日付 時間	／ () :	／ () :	／ () :
注射した位置			
注射した量	mL	mL	mL
体重	kg	kg	kg
この24時間で 一番強かった 空腹感*	点	点	点
吐き気・嘔吐	あり / なし	あり / なし	あり / なし
メモ (体調の変化、 気持ちの変化、 気になることなど)			

副作用については、9ページをご参照ください

*9ページの記入方法を参考に、0～10点の中で記入してください。

0点:全く空腹ではない／5点:我慢できるくらいの空腹感／10点:これ以上ない強い空腹感

／ () :	／ () :	／ () :	／ () :
			
			
mL	mL	mL	mL
kg	kg	kg	kg
点	点	点	点
あり／なし	あり／なし	あり／なし	あり／なし

❗ 毎日注射する位置を変えましょう

受診の時に行うこと

- ご自宅に残っているバイアル、注射器、消毒綿などの数を確認しましょう。
- 残っているバイアルの使用期限を確認しましょう。
- 保冷剤はあらかじめ凍らせておき、保冷バッグに入れて持参しましょう。

※新しく処方されたバイアルを持ち帰るときに使用します。

- 気になることや、医師に相談したいことがあればあらかじめメモをして持参しましょう。
- 「治療日誌」(この冊子)を忘れずに持参しましょう。



医療機関名