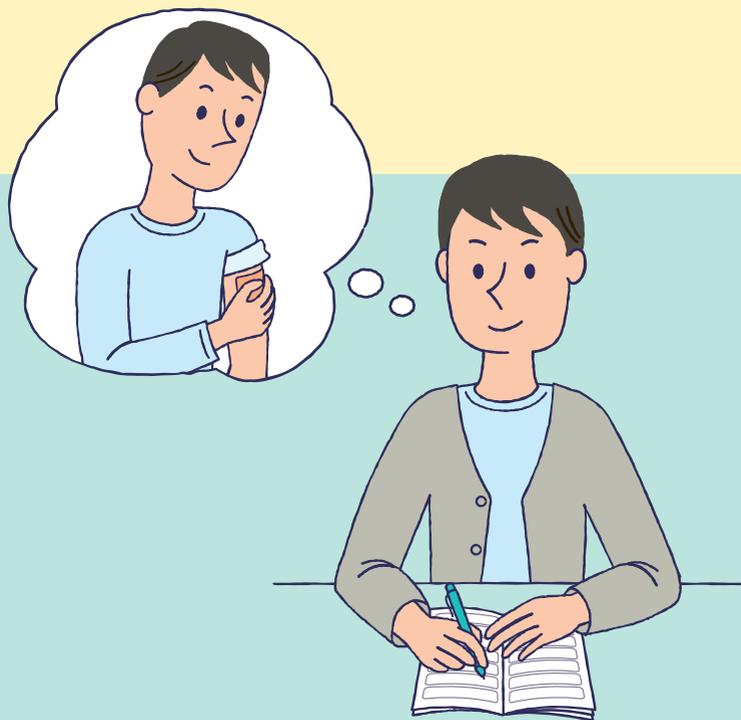


アレサガ®テープ 4mg を
ご使用される患者さんのための

服薬と症状の 記録日誌



監修

日本医科大学 耳鼻咽喉科学 教授

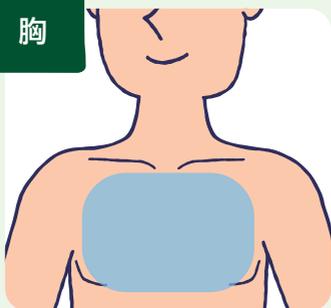
大久保 公裕 先生

アレサガ®テープは、 貼るアレルギー性鼻炎の お薬です。

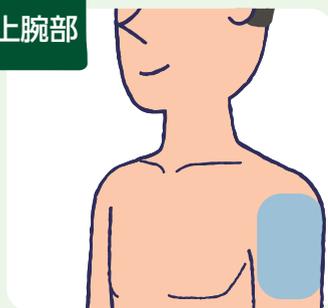
使い方

胸、背中、上腕部、お腹のいずれか1箇所に貼ってください。

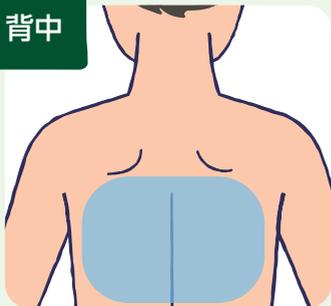
胸



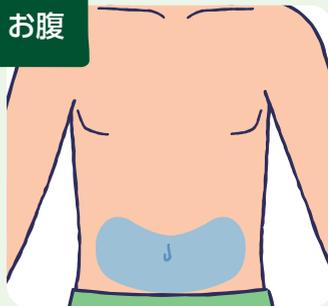
上腕部



背中

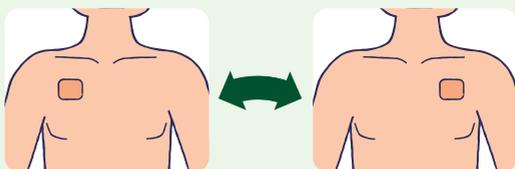


お腹



同じ場所に続けて貼ると、かゆくなったり、赤くなったり、かぶれるなどの皮膚症状があらわれることがありますので、貼付箇所を毎回変更してください。

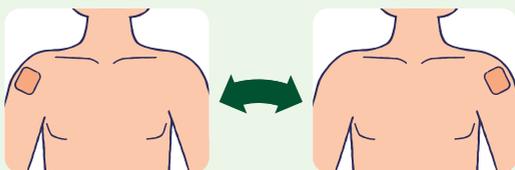
同じ場所の中で
貼付位置を
かえる例(胸)



右胸

左胸

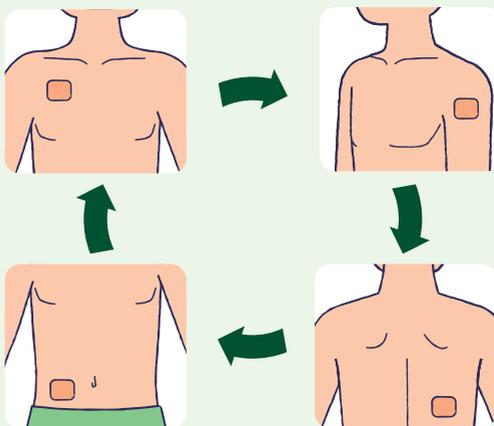
同じ場所の中で
貼付位置を
かえる例(上腕部)



右上腕部

左上腕部

場所をかえて
貼り替える例



お薬を貼る際には、 以下のことに注意して ください。

1

「きず」や「けが」、
皮膚トラブルのある場所には
貼らないようにしましょう。



2

貼る場所の水分や汗を
十分に取り除いてください。



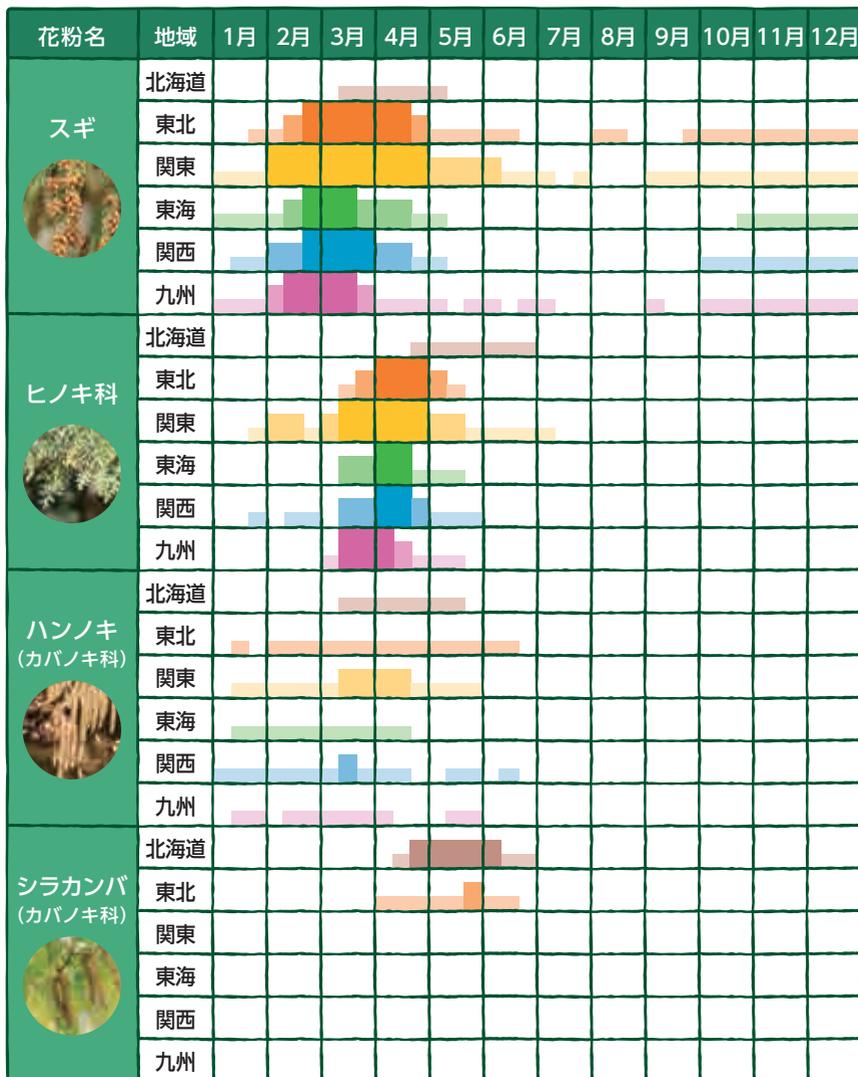
3

はがれることがありますので、
しっかり貼るようにしましょう。



花粉の飛散時期は、地域によって差がありますので、お住まいの地域でチェックしてみてください。

主な花粉症原因植物（木本）の花粉捕集期間（開花時期）



*色は地域ごとに塗り分けています。

*色が濃くなっている時期は、花粉の飛散が多い時期を示しています。

鼻アレルギー診療ガイドライン2016年版(改定第8版)より一部改変

アレサガ®テープを、 使用しているときの 注意点

以下のような症状があらわれることがあります。

- 眠気を感じる
- 体がだるい、
体の力が抜けた感じがする
- 口の中が乾く
- 貼った場所が赤くなる、かゆくなる



このお薬を使用中には、眠気を催すことがありますので、自動車の運転等危険を伴う機械の操作をしないようにしてください。さらに、日常生活に支障がみられることがありますので、このお薬を使う際には、医師や薬剤師から十分に説明を受けるようにしてください。

**気になる症状があらわれた場合は、
医師や薬剤師に相談してください。**

服薬と症状の 記録日誌

記入例

貼付した日付と曜日を記入してください。

貼付した日	4月24日(火)	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください				
症状なし	軽い	重い	胸	背中	右腕部	左腕部	お腹
鼻の症状	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

アレサガ®テープを貼付した場所に ✓ をつけてください。

鼻の症状の程度について
✓ をつけてください。

服薬と症状の記録日誌

貼付した日	月	日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い	胸	背中	右腕部	左腕部	お腹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
鼻の症状	<input type="checkbox"/>						

貼付した日	月	日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い	胸	背中	右腕部	左腕部	お腹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
鼻の症状	<input type="checkbox"/>						

貼付した日	月	日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い	胸	背中	右腕部	左腕部	お腹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
鼻の症状	<input type="checkbox"/>						

貼付した日	月	日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い	胸	背中	右腕部	左腕部	お腹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
鼻の症状	<input type="checkbox"/>						

貼付した日	月	日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い	胸	背中	右腕部	左腕部	お腹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
鼻の症状	<input type="checkbox"/>						

貼付した日	月	日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い	胸	背中	右腕部	左腕部	お腹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
鼻の症状	<input type="checkbox"/>						

貼付した日	月	日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い	胸	背中	右腕部	左腕部	お腹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
鼻の症状	<input type="checkbox"/>						

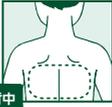
貼付した日 月 日 ()

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

胸 背中 上腕部 お腹



貼付した日 月 日 ()

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

胸 背中 上腕部 お腹






貼付した日 月 日 ()

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

胸 背中 上腕部 お腹






貼付した日 月 日 ()

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

胸 背中 上腕部 お腹






貼付した日 月 日 ()

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

胸 背中 上腕部 お腹






貼付した日 月 日 ()

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

胸 背中 上腕部 お腹






貼付した日 月 日 ()

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

胸 背中 上腕部 お腹






貼付した日 月 日 ()

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

胸 背中 上腕部 右 左 お腹

貼付した日 月 日 ()

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

胸 背中 上腕部 右 左 お腹

貼付した日 月 日 ()

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

胸 背中 上腕部 右 左 お腹

貼付した日 月 日 ()

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

胸 背中 上腕部 右 左 お腹

貼付した日 月 日 ()

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

胸 背中 上腕部 右 左 お腹

貼付した日 月 日 ()

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

胸 背中 上腕部 右 左 お腹

貼付した日 月 日 ()

症状なし 軽い 重い

鼻の症状

貼付部位 貼った場所に ✓ を入れてください

胸 背中 上腕部 右 左 お腹

服薬と症状の記録日誌

貼付した日	月 日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い				
鼻の症状	<input type="checkbox"/>					

貼付した日	月 日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い				
鼻の症状	<input type="checkbox"/>					

貼付した日	月 日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い				
鼻の症状	<input type="checkbox"/>					

貼付した日	月 日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い				
鼻の症状	<input type="checkbox"/>					

貼付した日	月 日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い				
鼻の症状	<input type="checkbox"/>					

貼付した日	月 日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い				
鼻の症状	<input type="checkbox"/>					

貼付した日	月 日 ()	貼付部位	貼った場所に ✓ を入れてください			
症状なし	軽い	重い				
鼻の症状	<input type="checkbox"/>					



医療機関名