

第10章 各種様式

様式1

新型インフルエンザ等患者（疑似症患者、要観察例を含む）情報

No. _____

第一報受理日時 平成 年 月 日 時 分頃

通報者氏名（ ）

通報者連絡先等（TEL： ）

保健所名及び 受理者名	保健所
----------------	-----

ふりがな 患者氏名		職種 勤務先	
年 齢	生年月日 年 月 日 歳	性別	<input type="checkbox"/> ：男 <input type="checkbox"/> ：女
住 所	連絡先（携帯電話・勤務先電話）		
患者等との 接触の有無	<input type="checkbox"/> 有（接触の状況： ） <input type="checkbox"/> 無		
接触場所 （渡航歴）	<input type="checkbox"/> 有（国・地域名： 渡航期間： 月 日～ 月 日） <input type="checkbox"/> 無		
発症日時	平成 年 月 日 時頃	発症場所	
症状	<input type="checkbox"/> 発熱（ °C） <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
家族等の他の 発症者の有無	<input type="checkbox"/> 有（ 人中 人） <input type="checkbox"/> 無		
受診を勧奨 した医療機関			
検体搬送(※)	平成 年 月 日（検体依頼保健所： ）		
行動調査(※)	別紙のとおり		
接触者調査(※)	別紙のとおり		
概要	その他特記事項		

※ については、判明次第報告すること。

※入院勧告 年 月 日	※就業制限 月 日	※消毒命令 月 日
-------------	-----------	-----------

※ については、患者（疑似症患者を含む）となって措置した場合に記入すること。

新型インフルエンザ等患者（疑似症患者を含む）発生届（仮）

都道府県知事（保健所設置市・特別区長） 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 12 条第 1 項（同条第 4 項において準用する場合を含む。）（新型インフルエンザを指定感染症として定める等の政令第 2 条において準用する場合を含む。）の規定により、発生届を届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____ （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) _____ () _____ - _____

(※ 病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類					
・患者（確定例） ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (か月)	6 当該者職業	
7 当該者住所 電話 () -					
8 当該者所在地 電話 () -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10 は患者が未成年の場合のみ記入) 電話 () -				

11 症状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況 :) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況 :) 3 鳥 (鶏、あひる、七面鳥、うずら等) からの感染 (鳥の種類・状況 :) 4 その他 () ②感染地域 (確定 ・ 推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域)
	12 診断方法 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () H亜型 : H5・H7 N亜型 : () ・分離・同定による病原体の検出 検体 () HN亜型 : H5N1・H7N9	
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために 医師が必要と認める事項
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (※)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11,12,18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。

(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

**新型インフルエンザ等症例（患者・疑似症患者・要観察例）
基本情報・臨床情報調査票**

1	調査担当保健所名：	調査者氏名：
2	調査日時：平成 年 月 日	調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他（ ）
3	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 →（ ） 本人との関係（ ）	
	調査回答者連絡先：自宅電話： — — 携帯電話： — —	
4	感染症発生届受理番号：	5 患者居住地保健所：
6	届出医療機関名：	7 届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号： — —
10	届出受理日時：平成（西暦）年 月 日 午前・午後 時 分	11 届出受理治自体： 都・道・府・県・市
12	届出受理保健所：	13 届出受理担当者：
14	患者氏名：	15 性別：男・女
		16 生年月日：年 月 日（歳）
17	患者住所：	
18	患者電話番号：自宅： — — 携帯： — —	
19	職業・業種・学校等： 最終勤務・出席日（平成 年 月 日）（児童・生徒の場合所属クラス等詳細に記入すること）	
20	勤務先／学校名： 勤務先／学校所在地：	
21	勤務先／学校電話番号： — —	
22	届出受理日現在の患者所在地： <input type="checkbox"/> 届出両機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明	
23	連絡先電話番号：自宅： — — 携帯： — —	
24	同居者（氏名）（続柄）（生年月日）	25 本人以外の連絡先
	① 年 月 日（歳）	氏名：
	② 年 月 日（歳）	本人との関係：
	③ 年 月 日（歳）	住所：
	④ 年 月 日（歳）	
	⑤ 年 月 日（歳）	自宅電話： — —
	⑥ 年 月 日（歳）	携帯電話： — —
26	38度以上の発熱	無・有（平成 年 月 日）
27	咳	無・有（平成 年 月 日）
28	咽頭痛	無・有（平成 年 月 日）
29	息苦しさ・呼吸困難感	無・有（平成 年 月 日）
30	下痢	無・有（平成 年 月 日）
31	全身倦怠感	無・有（平成 年 月 日）
32	意識混濁	無・有（平成 年 月 日）
33	その他1（ ）	無・有（平成 年 月 日）
34	その他2（ ）	無・有（平成 年 月 日）

35	発病日時：平成 年 月 日 午前・午後 時頃			
36	初診：平成 年 月 日 午前・午後 時 医療機関名： 電話： - - 主治医名：			
37	感染推定日：平成 年 月 日			
38	疑われる感染源： 感染源： <input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> 鳥 → (<input type="checkbox"/> 病鳥 <input type="checkbox"/> 死鳥) <input type="checkbox"/> その他 感染源所在地（国名・地域名 等）： 感染源の新型／鳥インフルエンザ診断状況： 接触状況： 最終接触日：平成 年 月 日 午前・午後 時頃			
新型／鳥インフルエンザ の発生が報告されている 国・地域への立ち入りお よび滞在歴 (今後発生地域により 右記地域は随時変更さ れる)	39	<input type="checkbox"/> 日本国内（地域：)		
	40	<input type="checkbox"/> 中国	45	
	41	<input type="checkbox"/> インドネシア		
	42	<input type="checkbox"/> ベトナム	46	
	43	<input type="checkbox"/> その他()	47	旅行者名：
	44	帰国日 () 帰国時の到着港 () 搭乗便、搭乗船舶 ()	48	電話番号 ツアー名： ツアー期間：平成 年 月 日 ～ 年 月 日
49	既往歴			
50	供血歴（献血歴・症状出現前7日以内）： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 供血日：平成 年 月 日 供血場所：			
51	臓器移植歴（症状出現前7日以内）： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手術日：平成 年 月 日 医療機関：			
52	現病歴			
53	治療経過			
54	治療薬 タミフル内服： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 服薬開始日：平成 年 月 日			
55	他の抗インフルエンザ薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 服薬開始日：平成 年 月 日			
56	他の主な薬剤： ()			
57	入院： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	58	入院医療機関：	
		59	主治医名：	
60	入院医療機関所在地： 電話： - -			
61	入院日：平成 年 月 日	62	退院日：年 月 日	
	63	死亡日	年 月 日	
	検査項目	検査値又は所見	検査日	

64	胸部 X 線	肺炎像 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (所見)	平成 年 月 日
65	胸部 CT	肺炎像 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (所見)	平成 年 月 日
66	白血球数	/ μ l	平成 年 月 日
67	リンパ球	% (/ μ l)	平成 年 月 日
68	血小板数	/ μ l	平成 年 月 日
69	CRP	mg / μ l	平成 年 月 日
70	その他		平成 年 月 日

71	検査時の状態		
72	総合所見: <input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 軽~中程度 <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	判定		
73	<input type="checkbox"/> 確定診断	平成	年 月 日
74	<input type="checkbox"/> 疑似症	平成	年 月 日
75	<input type="checkbox"/> 要観察例	平成	年 月 日
76	<input type="checkbox"/> 保留	平成	年 月 日
77	症例棄却 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 平成 年 月 日 理由:		
78	初回調査の経過		

※ 患者の行動および接触者調査については、別添の調査票を用いる

新型インフルエンザ等患者（疑似症患者、要観察例を含む）行動調査票

日付	所在地・滞在地・施設名	発症者の行動と接触状況	接触者（氏名・リスト No.）
(/) 発症 7 日前			
(/) 発症 6 日前			
(/) 発症 5 日前			
(/) 発症 4 日前			
(/) 発症 3 日前			
(/) 発症 2 日前			
(/) 発症 1 日前			
(/) 発症日			
(/) 発症 1 日後			
(/) 発症 2 日後			
(/) 発症 3 日後			
(/) 発症 4 日後			
(/) 発症 5 日後			
(/) 発症 6 日後			
(/) 発症 7 日後			

※ 行動調査は、発症前 7 日間と発症後入院により隔離されるまでの間

健康福祉センター（保健所）

第一報受理日時	年 月 日 時	受理者：
依頼元	県	健康福祉センター（保健所）
調査日時	年 月 日 時	調査担当者：

濃厚接触者調査個人票

濃厚接触者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	(歳)
自宅住所		職業
連絡先	(自宅・携帯・勤務先) 電話番号	
患者等との 接触状況	最終接触日時 年 月 日	午前・午後 時頃 (状況)
海外渡航歴の有無 (有の場合)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 平成 年 月 日～ 年 月 日 (滞在地)	
その他特記事項		

〔調査時の症状の有無〕

月／日	体温 (°C)	呼吸器症状の有無	その他の症状
／		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	

新型インフルエンザ等患者（疑似症患者、要観察例を含む）濃厚接触者リスト

No	接触分類	最終 接触日	接触場所	接触者氏名	性別	年齢	住所	電話	症状の有無	その他
1		/								
2		/								
3		/								
4		/								
5		/								
6		/								
7		/								
8		/								
9		/								
10		/								

※ 接触分類は、調査を行う順番を記載すること。

濃厚接触者： 世帯内接触者、医療関係者、患者の排泄物・分泌液との接触者、2m 以内での直接対面者

(患者イニシャル)

接触者 No.

新型インフルエンザ等濃厚接触者体温記録用紙

濃厚接触者氏名		電話番号	
住所			

- 接触後 10 日目まで（最終接触日を 0 日として）1 日 2 回体温を測定し、記録をしてください。
- 発熱（38℃以上）若しくは呼吸器症状が現れた時には、すぐに管轄健康福祉センター（保健所）に連絡してください。
- 抗インフルエンザウイルス薬の予防投薬を受けている場合は、管轄健康福祉センター（保健所）の説明どおり必ず服用してください。
- 観察期間中は、不要不急の外出を自粛し、次のことに心がけてください。
- ア うがい、手洗いを励行する。
- イ 外出時にはマスクを着用する。

〔健康観察記録〕

日目	月／日	体温（℃）	呼吸器症状の有無	他の症状	服薬
接触日	／	朝（ ） 夕（ ）	なし・咳・呼吸困難・痰 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	有・無
接触後 1 日目	／	朝（ ） 夕（ ）	なし・咳・呼吸困難・痰 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	有・無
接触後 2 日目	／	朝（ ） 夕（ ）	なし・咳・呼吸困難・痰 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	有・無
接触後 3 日目	／	朝（ ） 夕（ ）	なし・咳・呼吸困難・痰 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	有・無
接触後 4 日目	／	朝（ ） 夕（ ）	なし・咳・呼吸困難・痰 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	有・無
接触後 5 日目	／	朝（ ） 夕（ ）	なし・咳・呼吸困難・痰 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	有・無
接触後 6 日目	／	朝（ ） 夕（ ）	なし・咳・呼吸困難・痰 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	有・無
接触後 7 日目	／	朝（ ） 夕（ ）	なし・咳・呼吸困難・痰 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	有・無
接触後 8 日目	／	朝（ ） 夕（ ）	なし・咳・呼吸困難・痰 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	有・無
接触後 9 日目	／	朝（ ） 夕（ ）	なし・咳・呼吸困難・痰 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	有・無
接触後 10 日目	／	朝（ ） 夕（ ）	なし・咳・呼吸困難・痰 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・倦怠感 その他（ ）	有・無

抗インフルエンザウイルス薬の予防投薬について

1 新型インフルエンザの人への感染予防策について

新型インフルエンザウイルスの曝露を受けた者は、感染する場合があります。感染した場合、無症状又は軽微な症状の時期であっても他人に感染させるおそれがあることから、国においては、海外発生期及び地域発生早期において、新型インフルエンザ患者と濃厚に接触した場合には、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を必要に応じて実施することとしています。

2 服用できない方並びに使用上の注意

(1) タミフル（リン酸オセルタミビル）

- ・過去にリン酸オセルタミビルを服用して、過敏症の既往歴のある方
- ・妊婦又は妊娠が疑われる方の場合には、治療上の有益性が危険を上回ると判断される場合のみ投与されます。
- ・授乳婦は、服用中は授乳を中止します。
- ・腎機能が低下している方には機能の低下に応じて、投与量・投与方法を考慮します。

(2) リレンザ（ザナミビル水和物）

- ・過去にザナミビル水和物を使用して、過敏症の既往歴のある方
- ・妊婦又は妊娠が疑われる方の場合には、治療上の有益性が危険を上回ると判断される場合のみ投与されます。
- ・授乳婦は、使用中は授乳を中止します。
- ・慢性呼吸器疾患（気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患等）のある方は、それぞれの疾患に用いる吸入薬を併用する場合、リレンザを吸入する前に使用します。

3 副作用

(1) タミフル（リン酸オセルタミビル）

腹痛、下痢、嘔気、嘔吐、腹部膨満、まれに、アナフィラキシーショック、精神・神経症状（意識障害、異常行動、せん妄、幻覚、妄想、けいれん等）、重篤な皮膚症状（皮膚粘膜眼症候群、中毒性表皮壊死症）が現れることがあります。

(2) リレンザ（ザナミビル水和物）

下痢、発疹、悪心・嘔吐、嗅覚障害、まれに、アナフィラキシーショック、気管支攣縮、呼吸困難、重篤な皮膚症状（皮膚粘膜眼症候群、中毒性表皮壊死症）が現れることがあります。

4 注意（タミフル・リレンザ）

因果関係は不明であるものの、タミフル又はリレンザ使用後に異常行動等の精神神経症状を発現した例が報告されていることから、小児・未成年者については、異常行動による転落等の方が一事故を防止するための予防的な対応として、少なくとも2日間、保護者等は小児・未成年者が一人にならないよう配慮してください。

・タミフル

「1歳未満の患児（低出生体重児、新生児、乳児）に対する安全性は確立していない。」

・リレンザ

「低出生体重児、新生児、乳児又は4歳以下の幼児に対する安全性は確立していない。」

※服用後体調に異常が生じた場合は、速やかに〇〇健康福祉センター（保健所）に御連絡ください。

連絡先：〇〇健康福祉センター（保健所）
TEL：

同意書（成人用）

年 月 日

千葉県知事 様

氏名： _____

生年月日・性別 ____年__月__日 男・女

住所： _____

私は、抗インフルエンザウイルス薬の予防内服を受けるにあたり、説明書「抗インフルエンザウイルス薬の予防投薬について」を読み、担当医師からその効果と副作用について十分説明を受けました。

私は、抗インフルエンザウイルス薬の予防内服を受けることに同意いたします。

また、予防内服を受ける前の問診票には、可能な限り正確に記入しました。

以上

同意書（保護者用）

年 月 日

千葉県知事 様

予防内服を受ける者（甲）

氏名： _____

生年月日・性別 ____年__月__日 男・女

住所： _____

甲の保護者（乙）

氏名： _____

住所： _____

甲との続柄： _____

私乙は、甲が抗インフルエンザウイルス薬の予防内服を受けるにあたり、説明書「抗インフルエンザウイルス薬の予防投薬について」を読み、担当医師からその効果と副作用について十分説明を受けました。

私乙は、保護者として、甲が抗インフルエンザウイルス薬の予防内服を受けることに同意いたします。

また、予防内服を受ける前の問診票には、可能な限り正確に記入しました。

以上

抗インフルエンザウイルス薬予防投薬内服時の問診票

年 月 日

住 所		体 重	. kg
氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
連 絡 先			

質 問 事 項	解 答 欄	
1. 抗インフルエンザウイルス薬の予防投与について説明を読みましたか？	はい	いいえ
2. 抗インフルエンザウイルス薬の予防投与について説明を受けましたか？	はい	いいえ
3. 予防投与の効果や副作用について十分理解しましたか？	はい	いいえ
4. 現在、何か病気にかかっていますか、また、医療機関で治療を受けていますか〔内容： 〕	いいえ	はい
5. 何か薬を服用していますか〔内容： 〕	いいえ	はい
6. 妊娠をしていますか？	いいえ	はい
7. 授乳をしていますか？	いいえ	はい
8. アレルギー体質と言われたことがありますか？	いいえ	はい
9. 今までに、服薬した薬で発疹・吐き気などのアレルギーが起きたことはありますか？	いいえ	はい
10. どのような薬を服用したときにどのような症状がありましたか？〔 〕	いいえ	はい
11. 慢性呼吸器疾患(喘息、慢性閉塞性肺疾患等)と言われたことがありますか？	いいえ	はい
12. 腎機能が低下していると言われたことはありますか？	いいえ	はい
13. 1週間以内にインフルエンザと診断されたことはありますか？	いいえ	はい
14. 今年、インフルエンザワクチンの予防接種を受けましたか？	はい	いいえ
15. プレパンデミックワクチンの接種を受けた事がありますか？	いいえ	はい
医 師 記 入 欄	以上の問診及び診察の結果、抗インフルエンザウイルス薬の 予防内服は <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/>可能 <input type="checkbox"/>見合わせる </div>	
	医師署名 _____	

診 療 録

患者氏名	様	性別	男・女
患者住所			
年 齡	歳	体 重	Kg
診療年月日	平成	年	月 日
病名及び主要症状			
治療方法 (処方及び処置)			

処方せん

(交付日限り有効)

予防投薬用

服用者氏名	様		性別	男・女
年齢	歳	体重	Kg	
薬名				
分量				
用法・用量				
交付年月日	平成 年 月 日			
所属	名称：			
	所在地：			
医師	氏名：			
調剤年月日	平成 年 月 日 (調剤済み)			
調剤者	氏名：			
備考				

住 民 接 種 協 力 要 請

疾病第 号

住 所
氏 名 様

新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成25年5月11日法律第31号）第46条第6項において読み替えて準用する第31条第2項の規定により、下記のとおり協力を要請します。

平成 年 月 日

千葉県知事

記

場 所

期 間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

そ の 他

住民接種協力指示

疾病第 号

住所
氏名 様

新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成25年5月11日法律第31号）第46条第6項において読み替えて準用する第31条第3項の規定により、下記のとおり住民接種を行うべきことを指示する。

平成 年 月 日

千葉県知事

記

場所

期 間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

その他

体 温 ・ 健 康 状 態 報 告 要 請 書

保第 号

住 所
氏 名 様

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）（以下「法」という。）第44条の3第1項（法第50条の2第1項）の規定により、下記のとおり報告を要請します。

平成 年 月 日

千葉県

保健所長

記

報告内容

報告期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

理 由

外出自粛協力要請書

保第 号

住所
氏名 様

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）（以下「法」という。）第44条の3第2項（法第50条の2第2項）の規定により、下記のとおり協力を要請します。

平成 年 月 日

千葉県

保健所長

記

協力内容

協力期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

理由

薬剤表示 (例)

内 用 薬 ・ 外 用 薬

_____様

1日1回 10日分

用法・用量：

- ・タミフル：(朝・昼・夕) 食後に1回1カプセルを服用してください。
- ・リレンザ：(朝・昼・夕) 食後に1回2ブリスターを専用の吸入器を用いて吸入してください。

薬品名：タミフル ・ リレンザ

調剤年月日 平成 年 月 日

調剤者氏名

医療機関

所在地：千葉県

名 称：千葉県 健康福祉センター
(千葉県 保健所)

電話： — —

商品名:タミフルカプセル 75 [予防用]

主成分:オセルタミビルリン酸塩(Oseltamivir phosphate)

剤形:淡黄色/明るい灰色のカプセル剤、長径:約 17.8mm

シート記載:Roche タミフル 75mg



この薬の作用と効果について

インフルエンザウイルスに感染した細胞からウイルスが遊離するのを阻害することによりウイルスの増殖を抑えます。

通常、A型またはB型インフルエンザウイルス感染症の予防に用いられます。ただしインフルエンザ感染症の予防の基本はワクチン療法であり、この薬の使用は、ワクチン療法に置き換わるものではありません。

次のような方は使う前に必ず担当の医師と薬剤師に伝えてください。

- ・以前に薬を使用して、かゆみ、発疹などのアレルギー症状が出たことがある。腎機能障害
- ・妊娠または授乳中
- ・他に薬などを使っている（お互いに作用を強めたり、弱めたりする可能性もありますので、他に使用中の一般用医薬品や食品も含めて注意してください）。

用法・用量（この薬の使い方）

- ・あなたの用法・用量は(朝・昼・夕)食後に1回1カプセルを服用してください。
- ・通常、成人は1回1カプセル（オセルタミビルとして75mg）を1日1回、7～10日間服用します。通常、体重37.5kg以上の小児は1回1カプセル（オセルタミビルとして75mg）を1日1回、10日間服用します。必ず指示された服用方法に従ってください。
- ・10歳以上の未成年の患者さんでは、合併症、既往歴などからハイリスク患者と判断される場合を除いては、原則としてこの薬を服用することはできません。
- ・飲み忘れた場合は、気がついた時にできるだけ早く飲んでください。絶対に2回分を一度に飲んではいけません。
- ・誤って多く飲んだ場合は医師または薬剤師に相談してください。
- ・医師の指示なしに、自分の判断で飲むのを止めないでください。飲み続けている期間のみしか効果がありません。また、インフルエンザウイルス感染症でも、発熱、鼻汁、喉の痛み、筋肉痛、頭痛、咳、食欲減退、だるい、さむけがする、下痢といった症状が起こり、副作用との鑑別が難しい場合があります。

生活上の注意

- ・この薬を飲んでいてもインフルエンザウイルス感染症にかかる場合があります。外出時のマスクの着用や帰宅時のうがい、手洗い、室内では加湿器を使い適度な湿度を保つことなどの予防対策もしてください。
- ・10歳以上の未成年の患者さんにおいては、関連は不明であるものの、この薬の使用後に異常行動を発現し、転落などの事故に至った例が報告されています。小児・未成年の患者さんについては、万が一の事故を防止するために以下の点に注意してください。
 - －この薬の使用が開始された後は、異常行動があらわれるおそれがあります。
 - －自宅において療養を行う場合、少なくとも2日間、保護者の方は小児・未成年の患者さんが一人にならないよう、ご配慮ください。
 - －インフルエンザ脳症などによっても、同じ様な症状があらわれるとの報告がありますので、同様にご注意ください。

この薬を使ったあと気をつけていただくこと（副作用）

主な副作用として、腹痛、下痢、嘔気、嘔吐、低体温、発疹、ショック、アナフィラキシー、劇症肝炎、肝機能障害、黄疸、皮膚粘膜眼症候群、中毒性表皮壊死融解症、急性腎不全、精神・神経症状（意識障害、異常行動、譫妄、幻覚、妄想、痙攣等）、出血性大腸炎などが報告されています。このような症状に気づいたら、担当の医師または薬剤師に相談してください。

下記のような症状があらわれ、[]内に示した副作用の初期症状である可能性があります。

このような場合には、使用をやめて、すぐに医師の診療を受けてください。

- ・冷や汗、めまい、しゃがれ声、眼と口唇のまわりのはれ、じんましん、判断力の低下、血の気が引く、動悸、息切れ、息苦しい、からだのだるい、考えがまとまらない、ほてり、意識がうすれる、ふらつき [ショック、アナフィラキシー]
- ・発熱、悪寒、咳やたんが出る、息切れ [肺炎]
- ・発熱、意識がなくなる、意識の低下、考えがまとまらない、判断力の低下、頭痛、羽ばたくような手のふるえ、皮膚や白目が黄色くなる、尿が黄色い、からだのだるい、かゆみ、食欲不振、吐き気、嘔吐 [劇症肝炎、肝機能障害、黄疸]
- ・からだのだるい、発熱、まぶたや目の充血、結膜のただれ、唇や口内のただれ、食欲不振、赤い発疹、中央にむくみをともなった赤い斑点、全身の赤い斑点と破れやすい水ぶくれ（水疱）、陰部の痛み、関節の

医薬品情報(例)

痛み [皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson 症候群)、中毒性表皮壊死融解症 (Toxic Epidermal Necrolysis : TEN)]

- ・尿量が減る、尿がでない、意識の低下、疲れやすい、頭痛、からだがだるい、息苦しい、からだのむくみ、眼がはれぼったい [急性腎不全]
- ・発熱、のどの痛み [白血球減少]
- ・鼻血、歯ぐきの出血、出血が止まりにくい、あおあざができる、皮下出血 [血小板減少]
- ・意識の低下、考えがまとまらない、判断力の低下、普段と違うとっぴな行動をとる、異常行動、実際にはない物が見えたり聞こえたりするようになる、根拠のない思い込み、非現実的なことを強く確信する、けいれん [精神・神経症状 (意識障害、異常行動、譫妄、幻覚、妄想、痙攣等)]
- ・下痢、激しい腹痛、血が混ざった便 [出血性大腸炎]

以上の副作用はすべてを記載したものではありません。上記以外でも気になる症状が出た場合は、医師または薬剤師に相談してください。

保管方法 その他

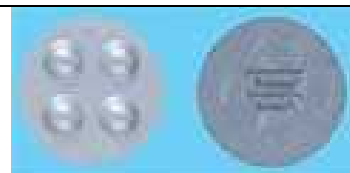
- ・直射日光と湿気を避けて、子どもの手の届かないところに室温 (1~30℃) で保管してください。
- ・薬が残った場合、保管しないで廃棄してください。廃棄については受け取った薬局や医療機関に相談してください。

商品名：リレンザ〔予防用〕

主成分：ザナミビル水和物(Zanamivir hydrate)

剤形：白色の円形ホイルパック入り吸入用散剤

シート記載：Relenza (zanamivir) 5mg、Rotadisk、GlaxoSmithKlin



この薬の作用と効果について

A 型または B 型インフルエンザウイルスの表面に存在する酵素を阻害して、ウイルスが感染細胞から遊離したり、気道の上皮細胞に接近するのを防ぎます。

通常、A 型または B 型インフルエンザウイルス感染症の予防に用いられます。

次のような方は使う前に必ず担当の医師と薬剤師に伝えてください。

- ・以前に薬を使用して、かゆみ、発疹などのアレルギー症状が出たことがある。
- ・妊娠または授乳中
- ・他に薬を使っている(お互いに作用を強めたり、弱めたりする可能性もありますので、大衆薬も含めて他に使用中の医薬品に注意してください)。

用法・用量（この薬の使い方）

- ・あなたの用法・用量は、(朝・昼・夕)食後に1回2ブリスターを専用の吸入器を用いて吸入してください。
- ・通常、成人及び小児は1回2ブリスター(ザナミビルとして10mg)を1日1回10日間、専用の吸入器を用いて吸入します。必ず指示された使用方法に従ってください。必ず指示された服用方法に従ってください。
- ・専用吸入器(ディスクヘラー)を用い、口腔内吸入にのみ使用し、使用説明書(リレンザの吸入法)に書かれている「薬の装着方法、吸入方法」をよく読んで使用してください。吸入はくつろいだ姿勢(座った状態など)で行ってください。
- ・指示された時間に使用するのを忘れた場合は、気がついた時点で1回分(2ブリスター)を吸入してください。ただし、次に使用する時間が近い場合は次の1回分を抜いてください。絶対に2回分を一度に吸入してはいけません。
- ・誤って多く吸入した場合は医師または薬剤師に相談してください。
- ・医師の指示なしに、自分の判断で吸入するのを止めないでください。

生活上の注意

この薬を使ったあと気をつけていただくこと（副作用）

主な副作用として、下痢、発疹、吐き気、嘔吐、嗅覚障害などが報告されています。このような症状に気づいたら、担当の医師または薬剤師に相談してください。

まれに下記のような症状があらわれ、[]内に示した副作用の初期症状である可能性があります。このような場合には、使用をやめて、すぐに医師の診療を受けてください。

- ・口腔咽頭浮腫(口の中や喉の腫れ)、動悸、じんましん[アナフィラキシー様症状]
- ・突然の息切れ、喘鳴(ヒューヒュー音)、呼吸しにくい[気管支攣縮、呼吸困難]

以上の副作用はすべてを記載したものではありません。上記以外でも気になる症状が出た場合は、医師または薬剤師に相談してください。

保管方法 その他

- ・乳幼児、小児の手の届かないところで、直射日光、高温、湿気を避けて保管してください。
- ・薬が残った場合、保管しないで廃棄してください。