

[ 自己注射ガイドブック ]

オートインジェクター



# オレンシア®を ご自分で注射される方へ

このガイドブックは、  
「オレンシア®皮下注125mgオートインジェクター1mL」を  
ご自分で注射する方法を紹介したものです。

注射のしかたについてお困りの  
ことがありましたら、右記フリー  
ダイヤルまでご連絡ください。

オレンシアサポートセンター

**0120-13-3779**  
(24時間対応・通話無料)

ブリistol・マイヤーズ スクイブ 株式会社 小野薬品工業株式会社

# はじめに

---

このガイドブックは、主治医から注射のしかたに関して説明を受けた後、患者さんご自身、または患者さんのご家族が「オレンシア皮下注オートインジェクター」を安全に注射していただく方法を紹介したものです。

## ⚠ 注意

- オレンシアは、医師から処方を受けた患者さんご本人にのみ使用してください。
- ご自身やご家族が注射される場合も、必ず定期的に医師の診察を受けてください。
- ご自身やご家族が注射される場合、十分な体調管理が大切です。咳、鼻水、のどの痛み、発熱など風邪のような症状がみられたり、身体にいつもと違うことがあったときは、すぐに主治医にご連絡ください。
- 注射についてわからないことがあるときは、主治医または看護師、薬剤師にご相談ください。

---

オレンシアの自己注射のしかたについてのお問い合わせは、  
オレンシアサポートセンター  
でも受け付けています。

**0120-13-3779**  
(24時間対応・通話無料)

---

# 目次



注射のスケジュール	P3
病院・医院で受け取るもの	P5
オートインジェクターの各部名称と機能	P6
オートインジェクターの保管のしかた	P7
注射の準備	P8
注射する場所(部位)	P10
注射のしかた	P11
注射が終わったら	P16
注意事項	P18

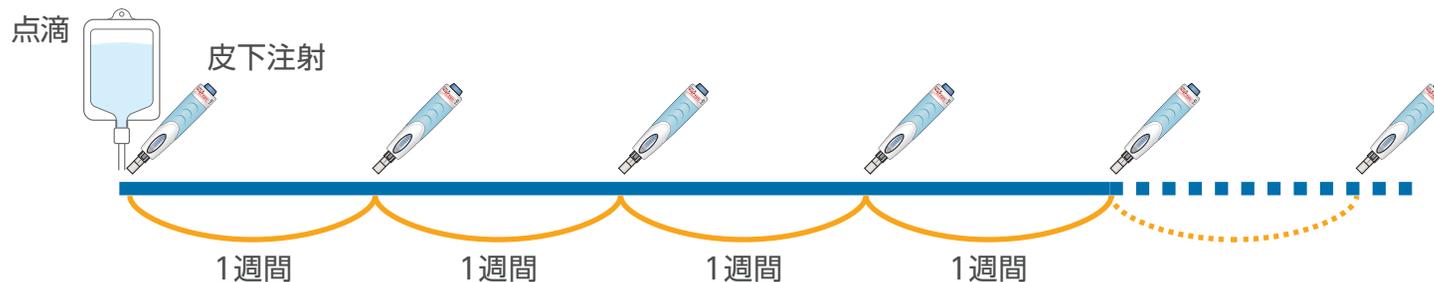
# 注射のスケジュール

## 初めてオレンシアの投与を開始する方

※初日に点滴をする場合と初日に点滴をしない場合があります。主治医の指示に従ってください。

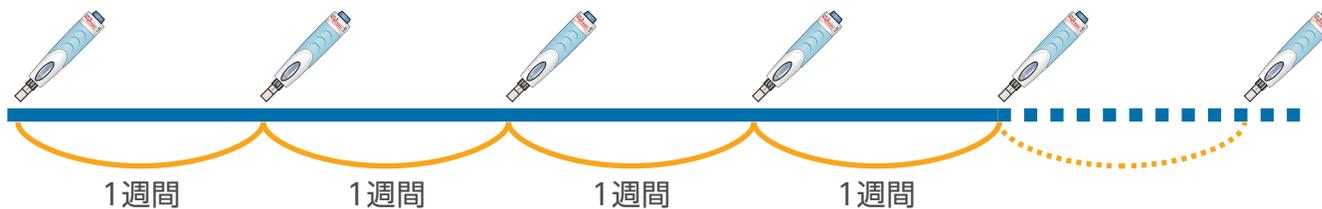
### 初日に点滴をする場合

- 初日は30分かけて点滴した後に皮下注射をします。その後は、1週間ごとに皮下注射をします。



### 初日に点滴をしない場合

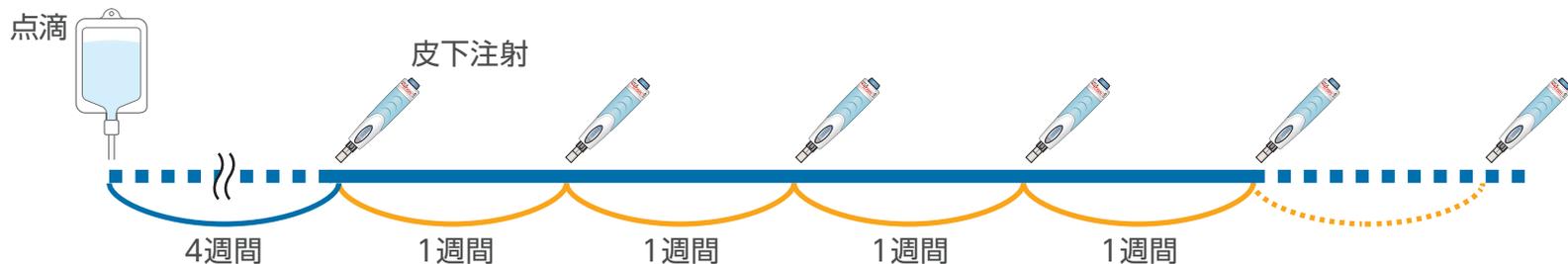
- 1週間ごとに皮下注射をします。



# 注射のスケジュール

## オレンシアの点滴による治療を既に受けている方

- 最後に点滴をした日から4週間後に皮下注射をします。その後は、1週間ごとに皮下注射をします。



# 病院・医院で受け取るもの

## 1. 本体



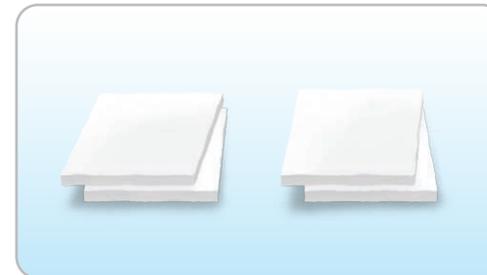
1箱にオートインジェクターが1本入っています。

## 2. 準備マット



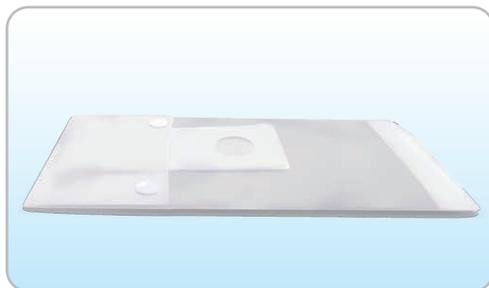
注射をする際に必要なものをあらかじめ並べておくマットです。

## 3. アルコール綿



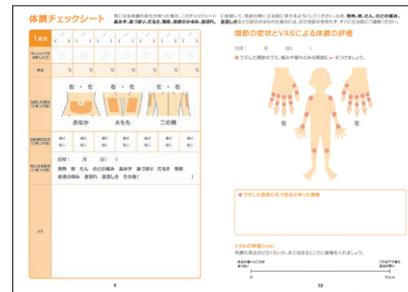
注射する場所を消毒するのに使います。病院・医院などで渡されたアルコール綿をお使いください。

## 4. 廃棄ケース



注射したあとのオートインジェクターを入れる廃棄ケースです。

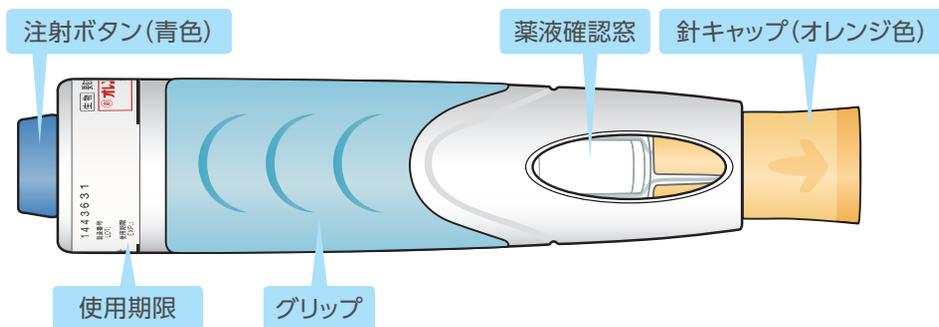
## 5. オレンジア®・ノート



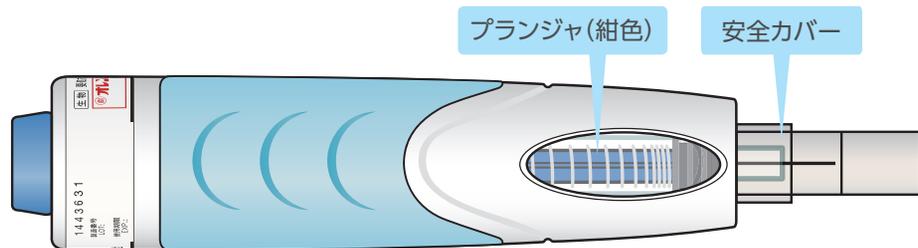
ご自身で体調管理を心がけていただくためのノートです。「体調チェックシート」などを掲載しています。

# オートインジェクターの各部名称と機能

## 注射前



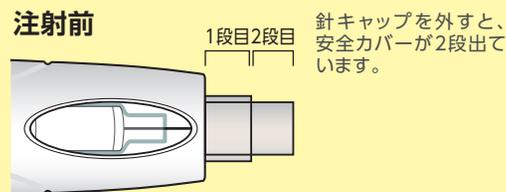
## 注射後



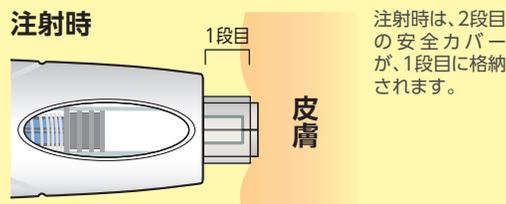
## ⚠ 注意

- 安全カバーの長さは注射の段階で変わります。

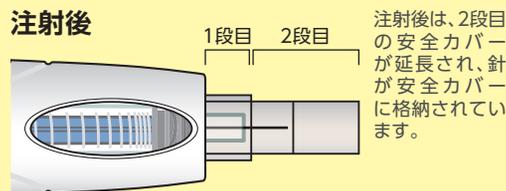
### 注射前



### 注射時



### 注射後

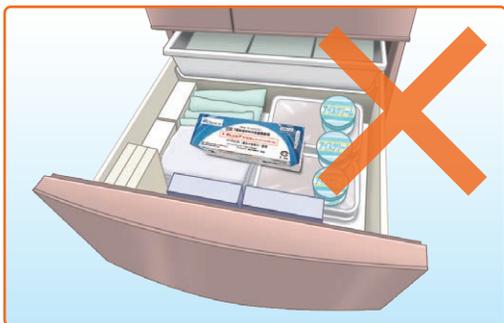


# オートインジェクターの保管のしかた



病院・医院で受け取ったオレンシアは、箱のまま**冷蔵庫**で保管してください。チルド室、野菜室、吹き出し口付近には保管しないでください。

## ⚠ 注意



冷凍庫には入れないでください。



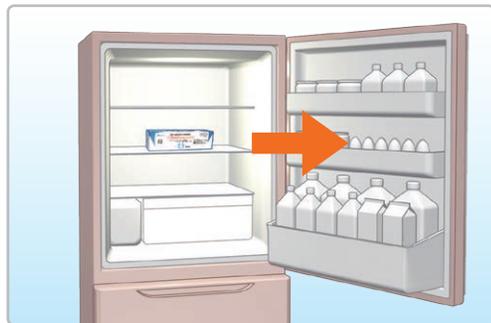
直射日光の当たるところに放置しない



お子さまの手の届かないところに保管してください。

# 注射の準備

## ① 箱を冷蔵庫から出します



冷蔵庫から箱を取り出し、約30分かけて室温に戻します。



## ② 場所を確保します



明るく、平らな場所を選んで清潔にしてください。

## ③ 手を洗い準備マットを消毒します



石けんを使って手をていねいに洗い、水分をよく拭き取った後、準備マットをアルコール綿で消毒します。

## ⚠ 注意

冷蔵庫から出した後は、次の点にご注意ください。

- 電子レンジで温めたり、湯せんしたりしないでください。
- ふらないでください。
- 長時間放置しないでください。
- 室温に戻るまでは、針キャップは取り外さないでください。

# 注射の準備

## ④ オートインジェクターを 取り出します



薬液確認窓の横の白い部分を左手で持ってオートインジェクターを箱から取り出します。

## ⑤ 準備マットのうえに注射に 必要なものを並べます



準備マットを置き、次のものを準備します。

- オートインジェクター
- アルコール綿
- 廃棄ケース

## ⑥ オートインジェクターと 薬液を確認します



次の点を確認してください。

- オートインジェクターが破損していないこと
- オートインジェクターが使用期限内であること
- 薬液の色は透明か、うすい黄色であること  
(薬液確認窓から見るができます)
- 薬液に濁りや変色がなく、異物が混ざっていないこと  
(薬液中に小さな気泡が見られますが、問題ありません)

## ⚠ 注意

オートインジェクターの取り扱いは、次の点に注意してください。

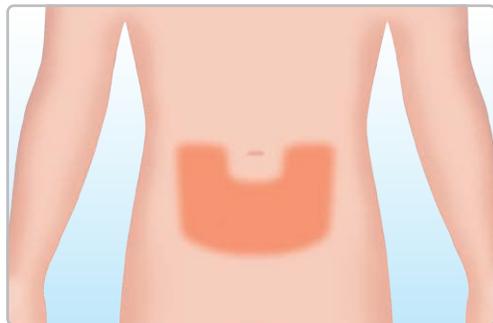
- 注射の直前まで針キャップを外さないでください。一度キャップを外すと、再度キャップをすることはできません。

次の場合は、使用せずに主治医や看護師、薬剤師にご連絡ください。

- オートインジェクターの使用期限が過ぎている場合。
- 薬液が本来の色(透明からうすい黄色またはわずかに乳白光色)と違う場合。
- オートインジェクターが破損している場合。
- 薬液に異物が混ざっている場合。

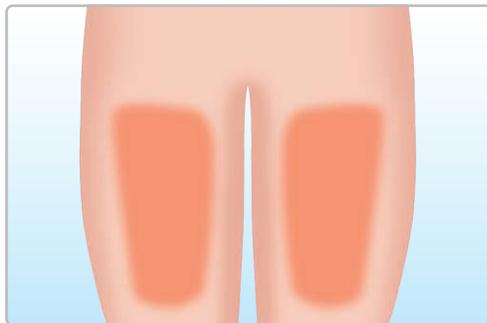
# 注射する場所 (部位)

## 腹部 (おなか)

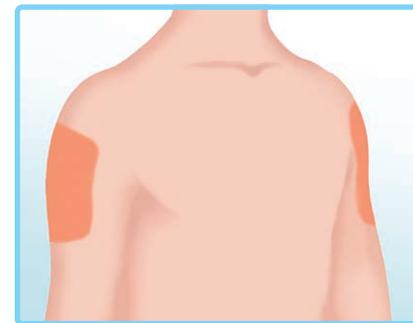


注射する場所は、腹部 (おなか)、大腿部 (太もも) です。  
※へその周り5cm程度は避けて注射してください。

## 大腿部 (太もも)



## 上腕部 (二の腕)



ご家族の方が注射される場合は、  
上腕部 (二の腕) に注射することも  
できます。

## ⚠ 注意

- 注射する場所は毎回変更してください (前回注射した場所から3cm以上離れた場所に注射してください)。
- 皮膚の敏感な場所、皮膚が赤くなっている場所、傷のある場所や硬くなっている場所には注射しないでください。
- 皮下脂肪が少ない (やせた) 方の場合は、腹部 (おなか) や大腿部 (太もも) などの皮膚がつまみやすい場所に注射してください。その際、**つまんだ指に針が刺さらないよう注意**してください。

# 注射のしかた ～腹部(おなか)の場合～

注射のしかたについては、主治医や看護師の指示にしたがってください。

## ① 消毒します



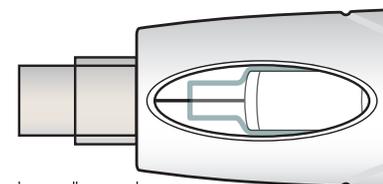
アルコール綿で注射する場所とそのまわりを広めに消毒します。

## ② 針キャップを外します



片手で本体中央部を持ち、もう一方の手で針キャップをひねらずに、まっすぐ引き、取り外してください。一度キャップを外すと、再度キャップをすることはできません。

針キャップを外したときのオートインジェクター先端部分拡大図



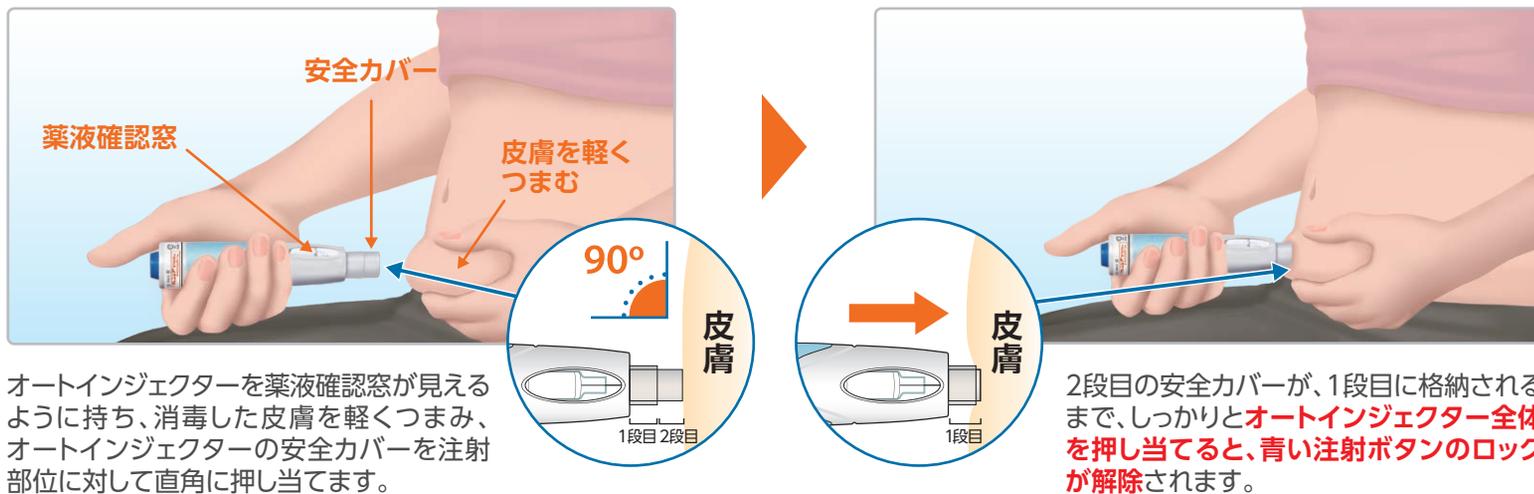
2段目 1段目  
安全カバー

針キャップを外すと、安全カバーが2段出ています。

## ⚠ 注意

- 針キャップを外す際、針に触れないようにご注意ください。
- 針キャップを外した後は、速やかに注射してください。
- 針キャップを外した際、針の先に薬液のしずくが見られることがありますが、問題ありません。
- 針キャップをひねって外した場合、製品が破損し、正しく動かなくなるおそれがあります。

## ③ オートインジェクター本体を直角に押し当てると、青い注射ボタンが押せる状態になります (ロックの解除)



### ⚠ 注意

- 皮膚をつままないで、筋肉に注射してしまうことがあります。
- 薬液が入りきるまで、皮膚をつまんだままにしておいてください。
- ロックを解除しない限り青い注射ボタンは押せませんので、無理に押さないでください。

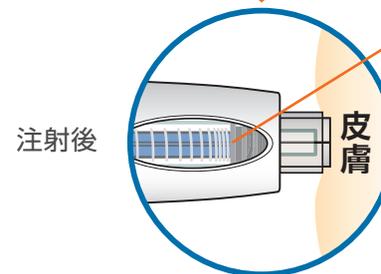
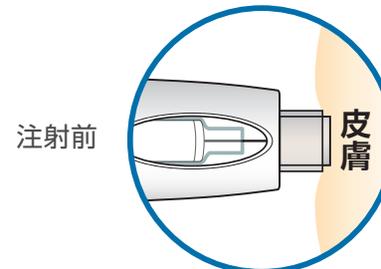
# 注射のしかた

## ④ 注射します



- オートインジェクターのロック解除後、青い注射ボタンをカチッと音がするまで押します。自動的に注射が始まり、薬液確認窓内の紺色部分が動き出します。  
(このときオートインジェクターは注射部位に押し当てたままにします)
- 薬液がすべて入りきるまで、**15秒間**はオートインジェクターを注射部位に当てたままにしてください。

### 注射前後の薬液確認窓の見え方

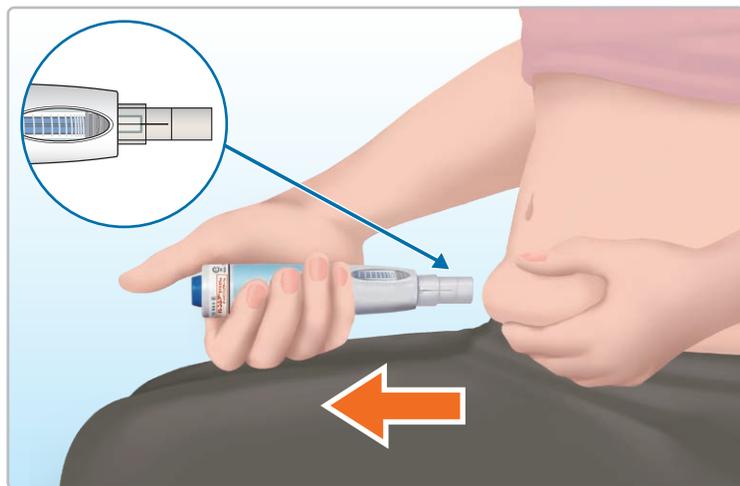


15秒経ったら、紺色部分の動きが止まっていることを確認してください。

## ⚠ 注意

- 青い注射ボタンが押せないときは、再度オートインジェクター全体をしっかりと押し当て、2段目の安全カバーが1段目に格納されていることを確認し、注射ボタンを押してください。
- 注射中に注射ボタンを押し続ける必要はありません。

## ⑤ オートインジェクターを注射部位から離します



15秒経ち、紺色部分の動きが止まっていることを確認した後、注射部位からオートインジェクターをまっすぐに離すと、安全カバーが伸び、針は自動的に格納されます。

### ⚠ 注意

- 注射した場所をもむと腫れることがありますので、もまないでください。
- 使用済みのオートインジェクターに再度針キャップを付けることはできません。

## ⑥ アルコール綿で押さえます



オートインジェクターを離した後、アルコール綿で10秒程度軽く押さえてください。血が止まりにくい場合は長めに押さえてください。使い終わったオートインジェクターは、廃棄ケースに入れて廃棄してください。



# 注射のしかた ～大腿部(太もも)・上腕部(二の腕)の場合～

## 大腿部(太もも)の場合

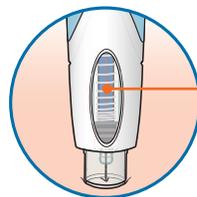


## 【ご家族が注射される場合】 上腕部(二の腕)



本体を押し当てて  
そのままにする

- オートインジェクターを薬液確認窓が見えるように持ち、消毒した皮膚を軽くつまみ、オートインジェクターの安全カバーを注射部位に対して直角に押し当てます。
- 2段目の安全カバーが、1段目に格納されるまで、しっかりとオートインジェクターを押し当てると、青い注射ボタンのロックが解除されます。
- オートインジェクターのロック解除後、青い注射ボタンをカチッと音がするまで押します。自動的に注射が始まり、薬液確認窓内の紺色部分が動き出します。  
(このときオートインジェクターは注射部位に押し当てたままにします)
- 薬液がすべて入りきるまで、**15秒間**はオートインジェクターを注射部位に当てたままにしてください。注射ボタンを押し続ける必要はありません。



15秒経ったら、紺色部分の動きが止まっていることを確認してください。

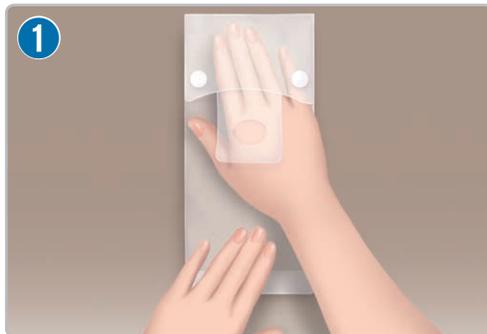
# 注射が終わったら

## 廃棄のしかた

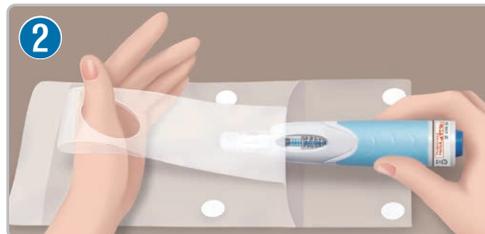
### ⚠ 注意

- 使用済みのオートインジェクターは再利用しないでください。
- 使用済みのオートインジェクターと廃棄ケースは、お子さんの手の届かないところにおいてください。
- 使用済みのオートインジェクターは**医療廃棄物**として取り扱われます。廃棄の方法については病院・医院の指示にしたがってください。
- 使用済みのアルコール綿は各市区町村の収集方法にしたがって捨ててください。
- 針キャップも各市区町村の収集方法にしたがって捨ててください。

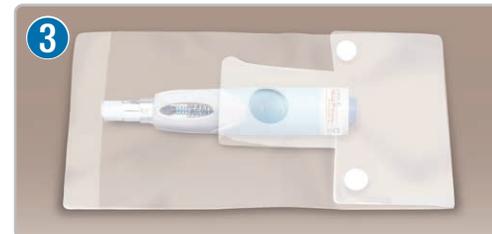
## 廃棄ケースの使いかた



フタを開けてください。  
図のようになりますと簡単に開けられます。



使用済みオートインジェクターをケースに入れてください。  
図の様に帯の穴に指を通して、ケースを手で押さえながら入れると簡単に入れることができます。



フタを閉じてください。  
マジックテープがしっかりと貼り付いているか確認してください。

# 注射が終わったら

注射が終わったら、オレンシア®・ノートの「体調チェックシート」に記録を付けてください。

体調チェックシートは、体調の自己管理だけでなく、主治医や看護師にとっても参考になります。診察時にお持ちください。

体調チェックシートには、次のことを記録してください。

- 注射した日付
- 注射した日の体温
- 注射した場所(おなか、太ももなど)
- 注射前後の体調

## ⚠ 注意

- 咳、鼻水、のどの痛み、発熱など風邪のような症状がみられたり、いつもと違う体調の変化を感じた場合には、ご自分で判断せず、すぐに主治医にご連絡ください。

**体調チェックシート**

※この表は医師の指示に従って使用してください。注射後、注射の部位に異常を感じた場合は、医師、薬剤師、または、この表の備考欄に記入し、必ず医師に相談してください。

1回目	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
オレンシア® 注射の部位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
注射した場所 (おなか)	おなか		太もも		二の腕		
注射前後の 体調	良好	良好	良好	良好	良好	良好	良好
その他 の症状	目付： 月 ( ) 日 ( ) 発熱 咳 たん のどの痛み 鼻みず 鼻づまり だるさ 発疹 頭痛 嘔吐 胃痛 腹痛 その他( )						
備考							

**関節の症状とVASによる体調の評価**

目付： 月 ( ) 日 ( )

● 赤い点の関節が、痛みや腫れのある関節に○をつけてください。

右 左

● 赤い点の関節以外で症状があった関節

VASの評価 (cm)

痛みを感じるくらい 0 10 15cm

この表を毎日記入してください。

「オレンシア®皮下注用オートインジェクター1回1回1回」  
説明書を受けている方へ

### オレンシア®・ノート

皮下注オートインジェクター用

**目次**

- 「オレンシア®・ノート」について……………2
- オレンシアの薬の使い方……………3
- オレンシアの自己注射の手順……………5
- 体調チェックシートの使い方……………7
- 体調チェックシート……………9
- オレンシアによる治療の進行と副作用……………33

使用開始 年 月

お名前

プリソル・マイクス スクイブ株式会社 小野薬品工業株式会社

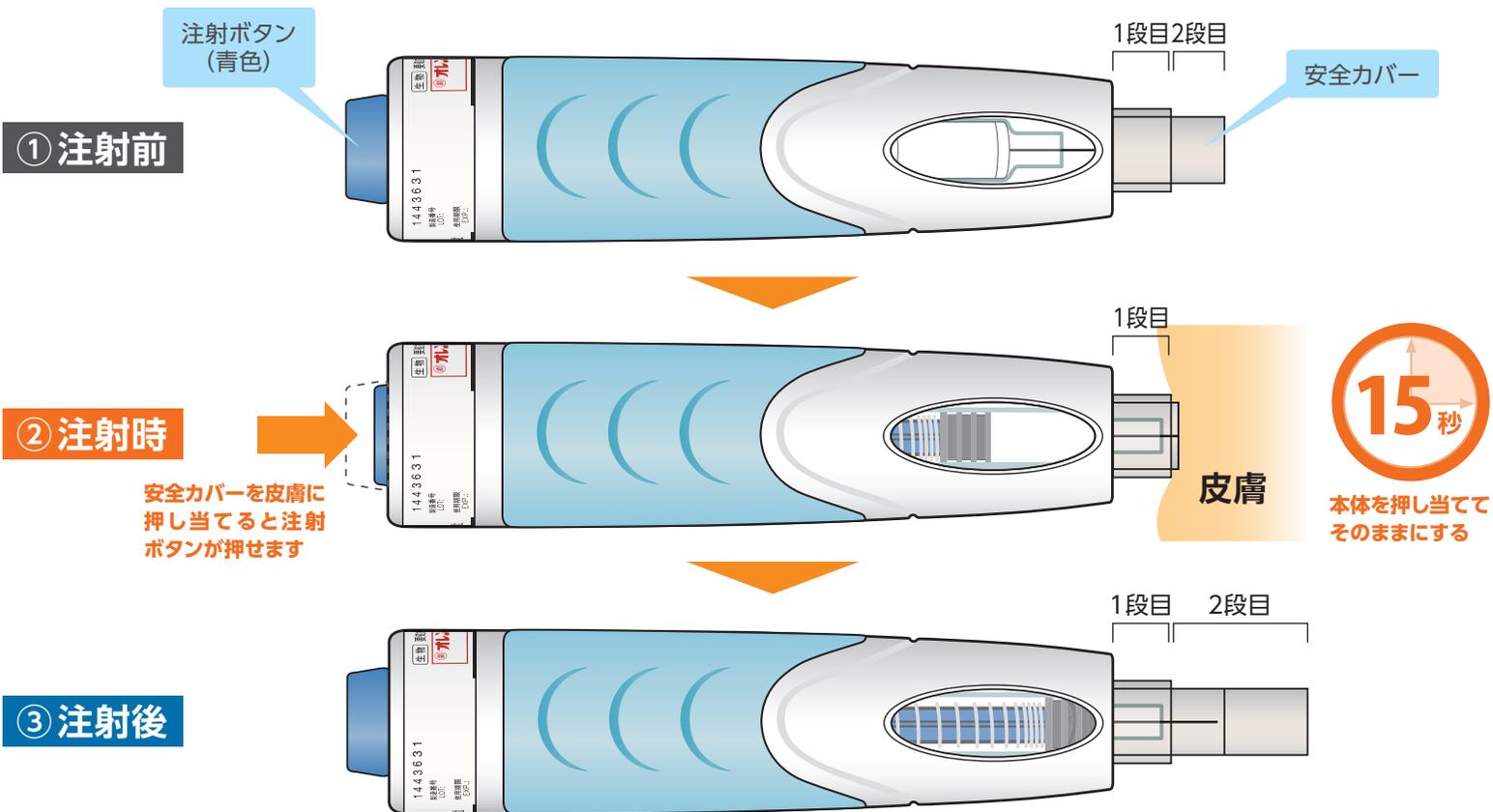
## 注意事項

- 決められた曜日に注射するのを忘れてしまった（注射できなかった）場合は、必ず主治医に連絡し指示にしたがってください。
- 注射する時間にはきまりはありません。ただ、注射を忘れないように、入浴後など、一定の時間を決めておいたほうがよいでしょう。主治医の指示にしたがってください。
- 風邪がみだったり、熱がある、咳やたんが出るなど、体調がすぐれないときは、注射をせずに主治医にご連絡ください。

 皮下脂肪が少ない（やせた）方の場合は、腹部（おなか）や大腿部（太もも）などの皮膚がつまみやすい場所に注射してください。その際、**つまんだ指に針が刺さらないよう注意**してください。



## 注射の手順とオートインジェクター本体の動き







┌

└

# オレンシア自己注射開始にあたっての確認書

私は、オレンシアの自己注射を開始するにあたって、十分な説明と指導を受け、自己注射の方法と、治療を受けている間の注意を理解しました。

入院時に説明  外来時に説明

## 1回目の説明

●患者さんご本人

お名前（自署）：  
\_\_\_\_\_

日 付：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

●患者さんご本人以外の方（ご家族など）が注射される場合、  
下記にご署名ください

お名前（自署）：  
\_\_\_\_\_

日 付：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

## 2回目の説明

●患者さんご本人

お名前（自署）：  
\_\_\_\_\_

日 付：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

●患者さんご本人以外の方（ご家族など）が注射される場合、  
下記にご署名ください

お名前（自署）：  
\_\_\_\_\_

日 付：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

説明日：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

施設名：  
\_\_\_\_\_

医師名：  
\_\_\_\_\_

説明日：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

施設名：  
\_\_\_\_\_

医師名：  
\_\_\_\_\_

## 患者様控え

# オレンシア自己注射開始にあたっての確認書

私は、オレンシアの自己注射を開始するにあたって、十分な説明と指導を受け、自己注射の方法と、治療を受けている間の注意を理解しました。

入院時に説明  外来時に説明

### 1回目の説明

●患者さんご本人

お名前（自署）：  
\_\_\_\_\_

日 付：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

●患者さんご本人以外の方（ご家族など）が注射される場合、  
下記にご署名ください

お名前（自署）：  
\_\_\_\_\_

日 付：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

### 2回目の説明

●患者さんご本人

お名前（自署）：  
\_\_\_\_\_

日 付：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

●患者さんご本人以外の方（ご家族など）が注射される場合、  
下記にご署名ください

お名前（自署）：  
\_\_\_\_\_

日 付：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

説明日：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

施設名：  
\_\_\_\_\_

医師名：  
\_\_\_\_\_

説明日：                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

施設名：  
\_\_\_\_\_

医師名：  
\_\_\_\_\_

〈 緊急時の連絡先 〉

注射のしかたについてお困りの  
ことがありましたら、右記フリー  
ダイヤルまでご連絡ください。

オレンシアサポートセンター

0120-13-3779

(24時間対応・通話無料)

監修

山中 寿先生

医療法人財団 順和会 山王メディカルセンター 院長

ブリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-2-1

小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

2024年5月作成  
427-JP-2400124  
ORC-F020H