

# DIARY 2025



BETAFERON®

ベタフェロンを使用されている方へ

このページをカレンダーに  
はさんでお使いください。



今月のページ

資料請求先

バイエル薬品株式会社  
大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001  
<https://pharma.bayer.jp>



PP-BET-JP-0244-13-09

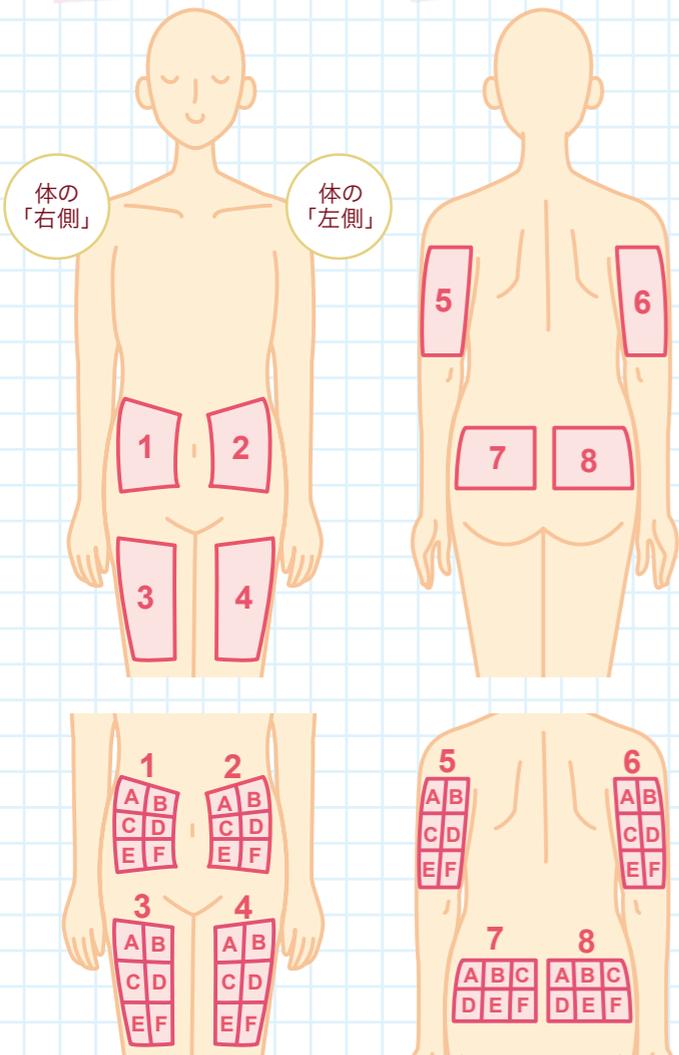
資材番号 **BFN242102**

## 体の「前面」

自分でも注射できる部位

## 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)



氏名

住所

TEL

e-mail

病・医院名

主治医

住所

TEL

ホームページ <https://>

支援団体

住所

TEL

ホームページ <https://>

# もくじ

## “ベタフェロン ダイアリー”をお使いいただく前に 1

- ・ベタフェロンとは
- ・“ベタフェロン ダイアリー”をお役立てください
- ・受診の際はこのダイアリーをお持ちください
- ・自己注射を正しく行うために

## 注射部位について 3

図に示した部位に、順番に注射してください

- ・体の「前面」  
自分でも注射できる部位
- ・体の「背面」  
自分では注射できない部位(ご家族に注射してもらう部位)

## 詳細な注射部位を記録するときは 5

## カレンダーの記入方法 7

## ベタフェロン自己注射法チェックリスト 9

## ベタコネクトをお使いの患者さんへの注意事項 13

## ベタコネクトの特徴 14

## カレンダー (2024年10月~2026年3月) 17

## 注射部位の記録シート 55



# “ベタフェロン ダイアリー” をお使いいただく前に

## ベタフェロンとは

ベタフェロンは、ヒトの生体内物質であるインターフェロン-βという物質を製剤化したものです。多発性硬化症の発作の回数を減少させ、症状の進行を抑制する効果があります。

## “ベタフェロン ダイアリー”を お役立てください

ベタフェロンの自己注射は正しい方法で継続することが大切です。特に同じ部位に続けて注射すると、発赤や痛みなどの副作用があらわれることがあります。それを避けるために、このダイアリーに注射した日と注射部位を記入するようにしましょう。

## 受診の際は このダイアリーをお持ちください

症状や注射部位の変化、使用している薬剤、受診した病院、先生への質問を記入しましょう。そして、受診の際にはこのダイアリーを忘れずに持参してください。主治医に症状の変化を正しく伝えるために役立ちます。

## 自己注射を正しく行うために

自己注射を行うときは、特に清潔にすることをこころがけましょう。また、動画やマニュアルを繰り返しご確認いただき、正しい調製・注射をマスターしてください。

もし、不明な点や気になることがあったら、すぐに主治医に相談してください。

ベタフェロンの調整手順  
動画はこちらから





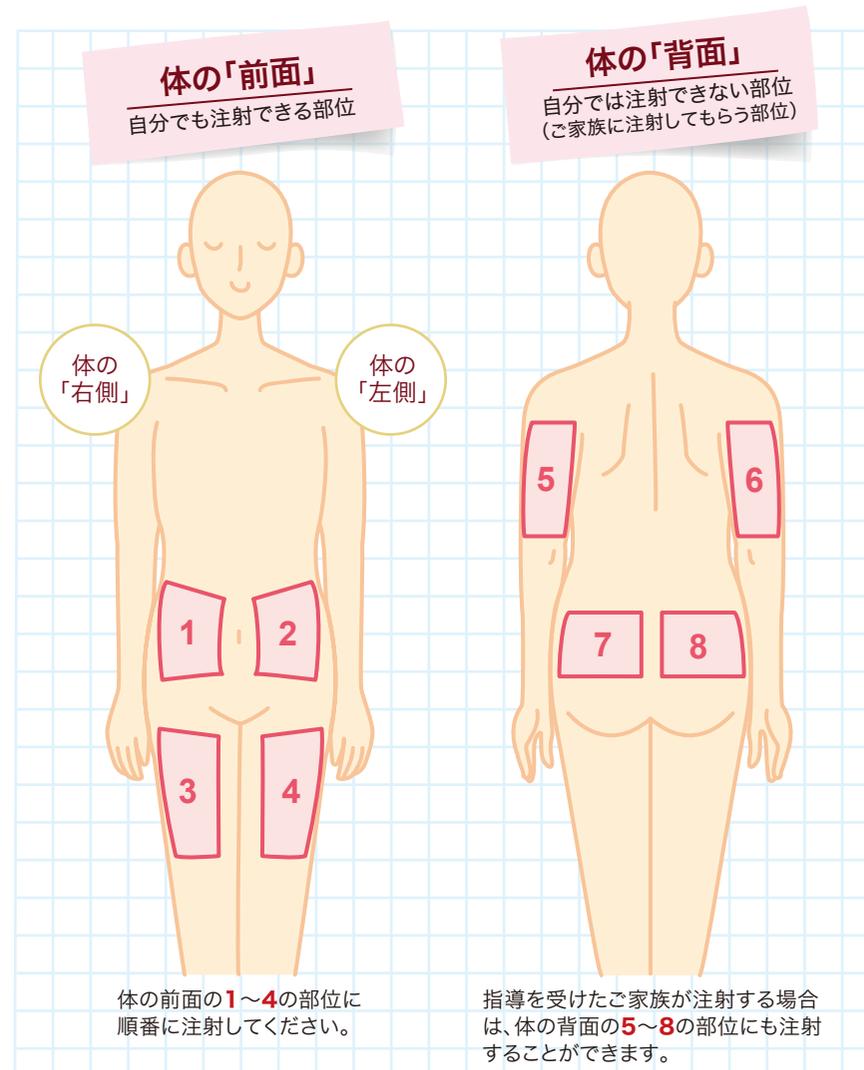
## 注射部位について

### 図に示した部位に、順番に注射してください

- ✓ 皮下注射に適している部位は、右図のように体の前面と背面に4箇所ずつあります。
- ✓ 注射部位の発赤や痛みなどの注射部位反応を防ぐために、注射部位の番号(1~8)を毎回変えてください。
- ✓ 一巡して再び同じ番号の部位に注射する場合は、前回とは離れた部位に注射してください。

- 見えている血管は避けて注射してください。
- へそ、ウエストラインおよび太ももの内側への注射は避けてください。
- 腫れやくぼみ、痛み、変色などがみられる部位への注射は避けてください。
- 注射したところが赤くなったり、硬くなったり、腫れたり、いつもと違う痛みを感じたなど、普段と違う強い症状があらわれた場合は、必ず主治医に相談して指示を受けてください。

詳しい注射部位については主治医の指示にしたがってください。



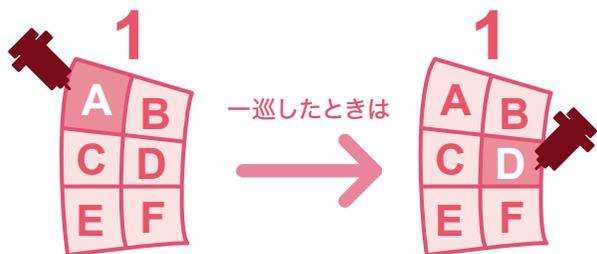


# 詳細な注射部位を 記録するときは

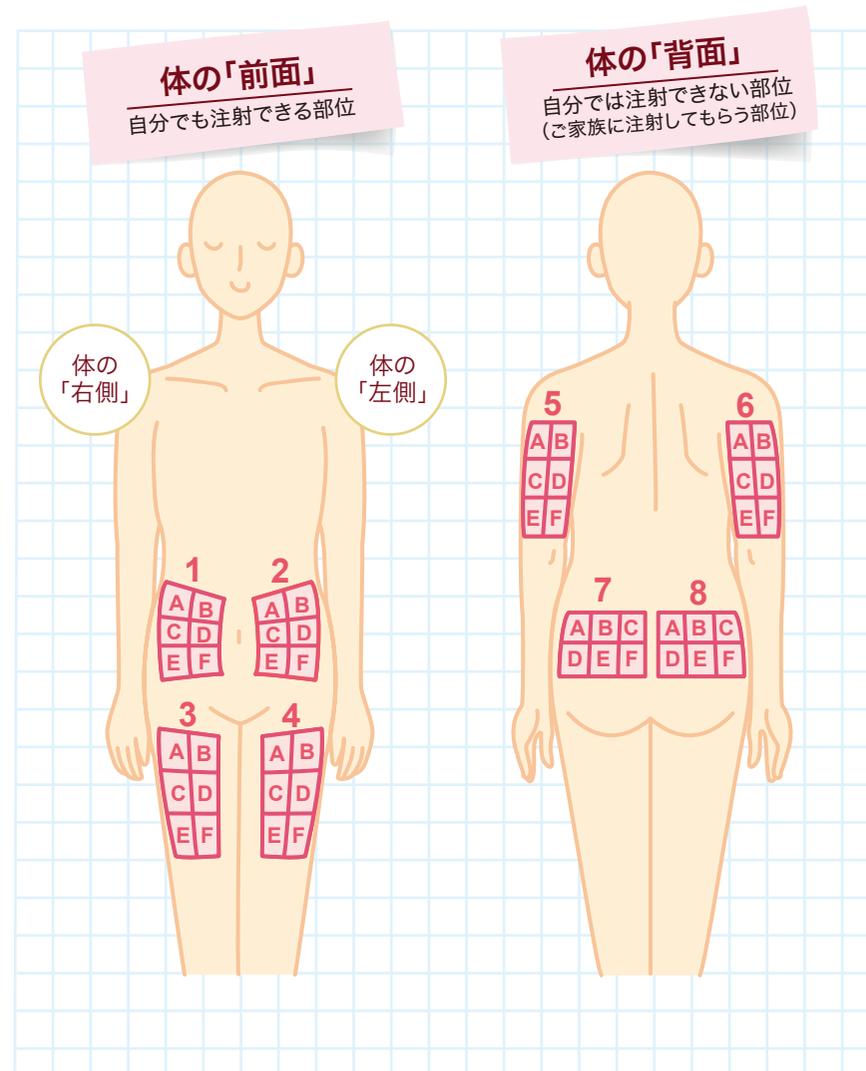
右図のように、注射部位の番号の**1**～**8**をそれぞれ**A**～**F**に分割することで毎回詳細な注射部位(**1-A**など)を記録することができます。

## 参考例

たとえば、注射部位が**1-A**、**2-A**、**3-A**、**4-A**…**8-A**と一巡して再び**1**の部位に注射する場合は、前回の注射部位**1-A**を避けた**1-D**などに注射することにより同じ部位への注射を回避することができます。



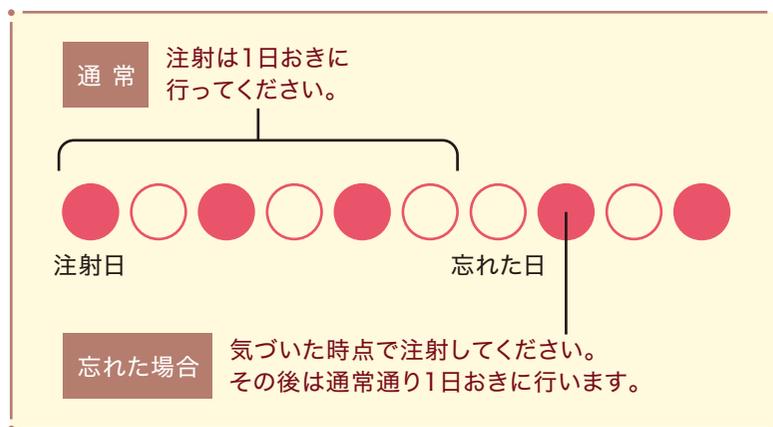
詳しい注射部位については主治医の指示にしたがってください。





# カレンダーの記入方法

- ① カレンダーは、注射を行う日付を丸く囲んでおきます。
- ② 表紙カバー裏面の図を見ながら、注射した部位にあたる番号1～8(詳細に記録するためのA～F)を注射部位の欄に書き込みます。
- ③ 体調の変化や気づいたことは、**ページ下部のメモ欄**に記入してください。
- ④ **次回受診日**も記入しておきます。



(記入例)

② 詳しく記入する場合  
1-Aや2-Aなど  
1～8の数字と、  
A～Fのアルファベットを  
使って記入します。

2024

| 日  | 月            | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|--------------|----|----|----|----|----|
|    |              | ①  | 2  | ③  | 4  | ⑤  |
| 6  | ⑦            | 8  | ⑨  | 10 | ⑪  | 12 |
| ⑬  | 14<br>スポーツの日 | ⑮  | 16 | ⑰  | 18 | ⑲  |
| 20 | ⑳            | 22 | ㉓  | 24 | ㉕  | 26 |
| ㉗  | 28           | ㉙  | 30 | 31 |    |    |

次回受診日

日付  
時間

日付  
時間

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

17 18

④

③

1-A

注射部位のローテーションがわかりづらい場合は、巻末の注射部位の記録シートをご活用ください。

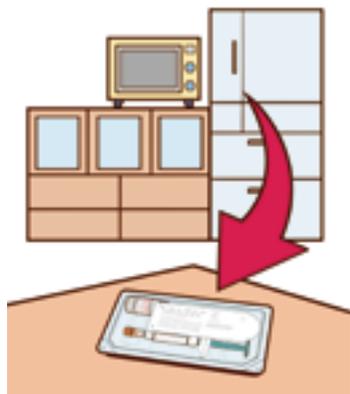
※法改正等で祝日・休日に変更になる場合がありますのでご注意ください。



# ベタフェロン自己注射法 チェックリスト(1)

## ✓ 調製前の確認について

- 調製前に石けんを使用して手洗いしていますか？
- 注射前に薬剤が完全に溶けていますか？
- ベタフェロンを冷蔵庫に入れた場合には、室温に戻してから使用していますか？



## ✓ 注射部位について

- 注射部位をきちんとローテーションしていますか？
- 番号だけでなくアルファベットも利用してローテーションしていますか？
- 腫れやくぼみ、痛み、変色、見えている血管などがある部位への注射は避けていますか？
- ヘソやウエストライン、太ももの内側を避けて注射していますか？
- 下着のゴムなどが触れる部分への注射は避けていますか？



# ベタフェロン自己注射法 チェックリスト (2)

## ✓ 注射手技について

- 皮膚に対して垂直に根元まで注射針を刺していますか？
- アルコール綿で消毒した注射部位が完全に乾いてから注射していますか？

## ✓ 注射部位の観察について

- 注射部位が赤くなる、硬くなる、痛みがあるなどの症状が2～3日経過しても改善されないようであれば、主治医（薬剤師、看護師）に相談していますか？
- 注射したところに、感染や普段と違う症状（痛みが続く、皮膚の腫れや赤みが強い、膿が出ているなど）があらわれた場合は、すぐに主治医に報告あるいは連絡していますか？

## 注射部位反応の対処法

(注射部位が赤くなる、硬くなるなど)

以下のような対処方法がありますが、効果には個人差があります。主治医もしくは薬剤師にご相談ください。

- 注射前後に注射部位を保冷剤などで冷やす
- 注射後にやさしくマッサージする
- 衣服は注射部位を刺激するので、ルーズな天然素材のものを着るようにする
- 注射跡に絆創膏をはる
- 注射手技を注射マニュアルや動画で復習する
- ベタコネクトを使用する



ベタフェロンの調整手順  
動画はこちらから



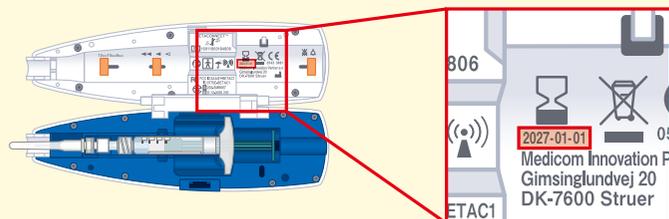


# ベタコネクト<sup>※</sup>をお使いの 患者さんへの注意事項

ベタコネクトの使用期限をご確認ください。使用期限を過ぎると、ベタコネクトが作動しなくなることがあります。使用期限が近くなったら、かかりつけの医療機関に相談してください。

## 使用期限の記録

ベタコネクトの使用期限を記録しておきましょう。  
ベタコネクトの内部に「年-月-日」の順で記載されています。



使用期限

年

月

日

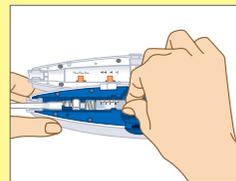
※ベタコネクトはベタフェロン専用自己注射用補助器具です。



# ベタコネクトの特徴

## ● 使い方が簡単です

1. 注射器をセットして



2. 皮膚に当てて



3. 注射ボタンを押すだけ!



## ● 全自動で注射を行います



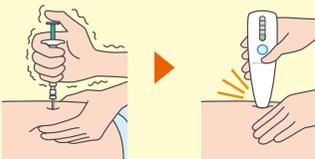
## ● 注射の開始・完了をお知らせします



## ● 誤操作を防ぎます



## ● 手元が安定します(手の震えを防ぎます)



## ● 注射速度・穿刺の深さを調節できます



## ● 注射忘れを防ぎます



## ● 注射中の音が静かです



## ● 注射針が露出しません



詳しくは「ベタコネクト取扱説明書」または「ベタコネクトの使い方」をご覧ください。



10

次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日  | 月            | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|--------------|----|----|----|----|----|
|    |              | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| 6  | 7            | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14<br>スポーツの日 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21           | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28           | 29 | 30 | 31 |    |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----

-----





次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日         | 月         | 火  | 水  | 木  | 金  | 土            |
|-----------|-----------|----|----|----|----|--------------|
|           |           |    |    |    | 1  | 2            |
| 3<br>文化の日 | 4<br>振替休日 | 5  | 6  | 7  | 8  | 9            |
| 10        | 11        | 12 | 13 | 14 | 15 | 16           |
| 17        | 18        | 19 | 20 | 21 | 22 | 23<br>勤労感謝の日 |
| 24        | 25        | 26 | 27 | 28 | 29 | 30           |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----

-----



12

次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日  | 月  | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
| 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----

-----





次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日  | 月          | 火  | 水       | 木  | 金  | 土  |
|----|------------|----|---------|----|----|----|
|    |            |    | 1<br>元日 | 2  | 3  | 4  |
| 5  | 6          | 7  | 8       | 9  | 10 | 11 |
| 12 | 13<br>成人の日 | 14 | 15      | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20         | 21 | 22      | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27         | 28 | 29      | 30 | 31 |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----





次回受診日

日付  
/

---

時間  
:

日付  
/

---

時間  
:

| 日           | 月          | 火            | 水  | 木  | 金  | 土  |
|-------------|------------|--------------|----|----|----|----|
|             |            |              |    |    |    | 1  |
| 2           | 3          | 4            | 5  | 6  | 7  | 8  |
| 9           | 10         | 11<br>建国記念の日 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16          | 17         | 18           | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23<br>天皇誕生日 | 24<br>振替休日 | 25           | 26 | 27 | 28 |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

.....

.....

.....





次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日  | 月  | 火  | 水  | 木          | 金  | 土  |
|----|----|----|----|------------|----|----|
|    |    |    |    |            |    | 1  |
| 2  | 3  | 4  | 5  | 6          | 7  | 8  |
| 9  | 10 | 11 | 12 | 13         | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20<br>春分の日 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27         | 28 | 29 |
| 30 | 31 |    |    |            |    |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

.....

.....

.....



4

次回受診日

日付  
/

---

時間  
:

日付  
/

---

時間  
:

| 日  | 月  | 火          | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|----|------------|----|----|----|----|
|    |    | 1          | 2  | 3  | 4  | 5  |
| 6  | 7  | 8          | 9  | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15         | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22         | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29<br>昭和の日 | 30 |    |    |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----

-----



5

次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日          | 月          | 火         | 水  | 木  | 金  | 土          |
|------------|------------|-----------|----|----|----|------------|
|            |            |           |    | 1  | 2  | 3<br>憲法記念日 |
| 4<br>みどりの日 | 5<br>こどもの日 | 6<br>振替休日 | 7  | 8  | 9  | 10         |
| 11         | 12         | 13        | 14 | 15 | 16 | 17         |
| 18         | 19         | 20        | 21 | 22 | 23 | 24         |
| 25         | 26         | 27        | 28 | 29 | 30 | 31         |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----

-----





次回受診日

日付  
/

---

時間  
:

日付  
/

---

時間  
:

| 日  | 月  | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
| 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 |    |    |    |    |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----





次回受診日

日付  
/

---

時間  
:

日付  
/

---

時間  
:

| 日  | 月         | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|-----------|----|----|----|----|----|
|    |           | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| 6  | 7         | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14        | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21<br>海の日 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28        | 29 | 30 | 31 |    |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----

-----





次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日  | 月         | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|-----------|----|----|----|----|----|
|    |           |    |    |    | 1  | 2  |
| 3  | 4         | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 10 | 11<br>山の日 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18        | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25        | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 |           |    |    |    |    |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

---



---



---



---





次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日  | 月          | 火          | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|------------|------------|----|----|----|----|
|    | 1          | 2          | 3  | 4  | 5  | 6  |
| 7  | 8          | 9          | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15<br>敬老の日 | 16         | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22         | 23<br>秋分の日 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29         | 30         |    |    |    |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----

-----



10

次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日  | 月            | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|--------------|----|----|----|----|----|
|    |              |    | 1  | 2  | 3  | 4  |
| 5  | 6            | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 |
| 12 | 13<br>スポーツの日 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20           | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27           | 28 | 29 | 30 | 31 |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----

-----



11

次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日            | 月          | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|--------------|------------|----|----|----|----|----|
|              |            |    |    |    |    | 1  |
| 2            | 3<br>文化の日  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  |
| 9            | 10         | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16           | 17         | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23<br>勤労感謝の日 | 24<br>振替休日 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30           |            |    |    |    |    |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

---



---



---



---





次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日  | 月  | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  |
| 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----

-----





次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日  | 月          | 火  | 水  | 木       | 金  | 土  |
|----|------------|----|----|---------|----|----|
|    |            |    |    | 1<br>元日 | 2  | 3  |
| 4  | 5          | 6  | 7  | 8       | 9  | 10 |
| 11 | 12<br>成人の日 | 13 | 14 | 15      | 16 | 17 |
| 18 | 19         | 20 | 21 | 22      | 23 | 24 |
| 25 | 26         | 27 | 28 | 29      | 30 | 31 |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----



2

次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日  | 月           | 火  | 水            | 木  | 金  | 土  |
|----|-------------|----|--------------|----|----|----|
| 1  | 2           | 3  | 4            | 5  | 6  | 7  |
| 8  | 9           | 10 | 11<br>建国記念の日 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16          | 17 | 18           | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23<br>天皇誕生日 | 24 | 25           | 26 | 27 | 28 |
|    |             |    |              |    |    |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----

-----





次回受診日

日付

時間

日付

時間

| 日  | 月  | 火  | 水  | 木  | 金          | 土  |
|----|----|----|----|----|------------|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6          | 7  |
| 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13         | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20<br>春分の日 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27         | 28 |
| 29 | 30 | 31 |    |    |            |    |

★9～12ページのベタフェロン自己注射法チェックリストを確認してください。

メモ (気づいたこと・先生に相談したいことなど)

-----

-----

-----

-----



メモ

Handwriting practice area on page 53, featuring 18 horizontal dashed lines for text entry.

Handwriting practice area on page 54, featuring 18 horizontal dashed lines for text entry.



# 注射部位の記録シート

〈自分とご家族で注射する場合の記入例〉

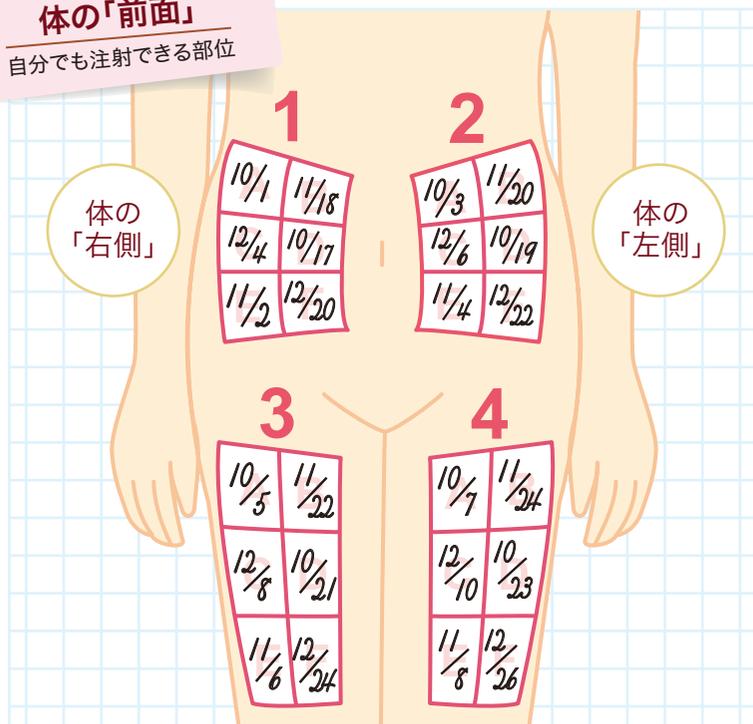
注射部位のローテーションは、注射部位反応を軽減させることができます。下記の記録シートを使用すると、より注射部位のローテーションがイメージしやすくなります。

注射した場所に日付を記入して使用します。



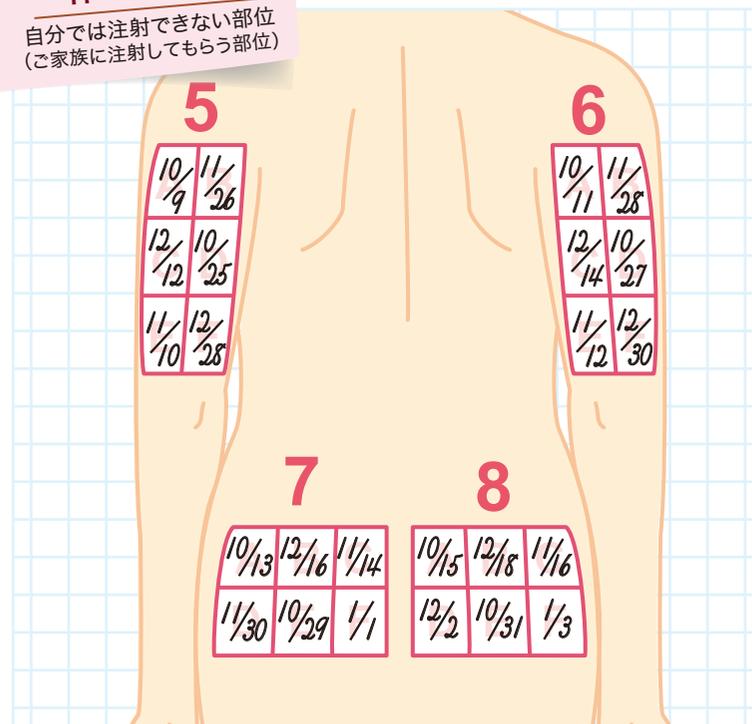
## 体の「前面」

自分でも注射できる部位



## 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)





# 注射部位の記録シート

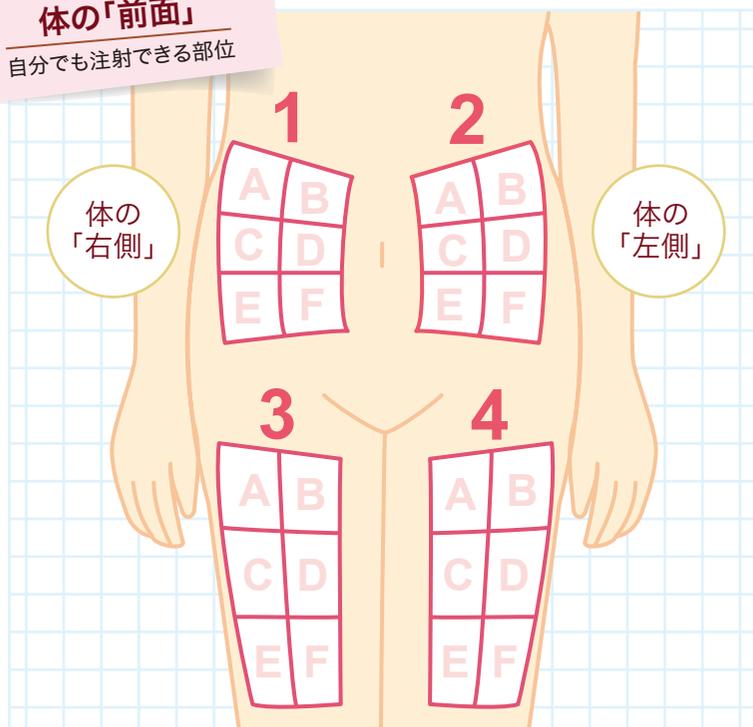
注射部位のローテーションは、注射部位反応を軽減させることができます。下記の記録シートを使用すると、より注射部位のローテーションがイメージしやすくなります。

注射した場所に日付を記入して使用します。



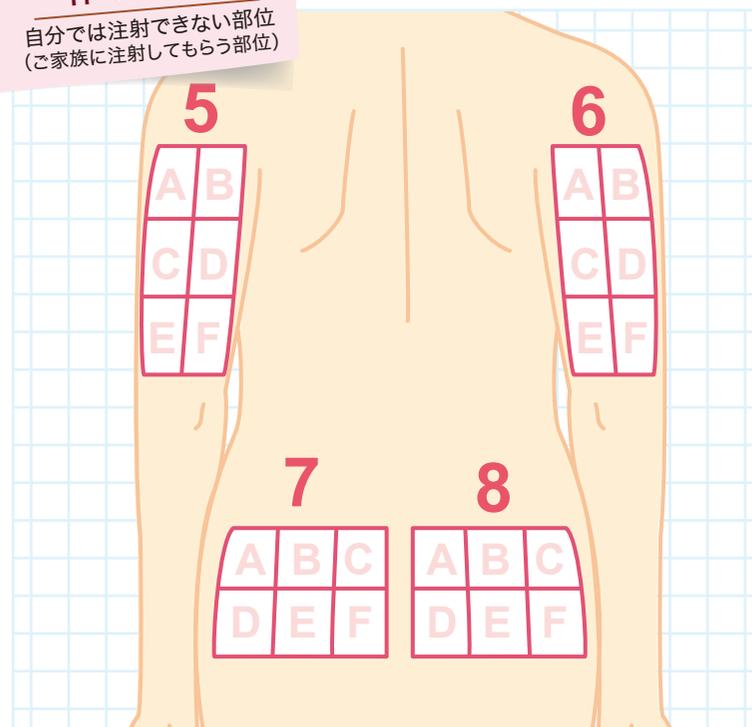
## 体の「前面」

自分でも注射できる部位



## 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)





## 注射部位の記録シート

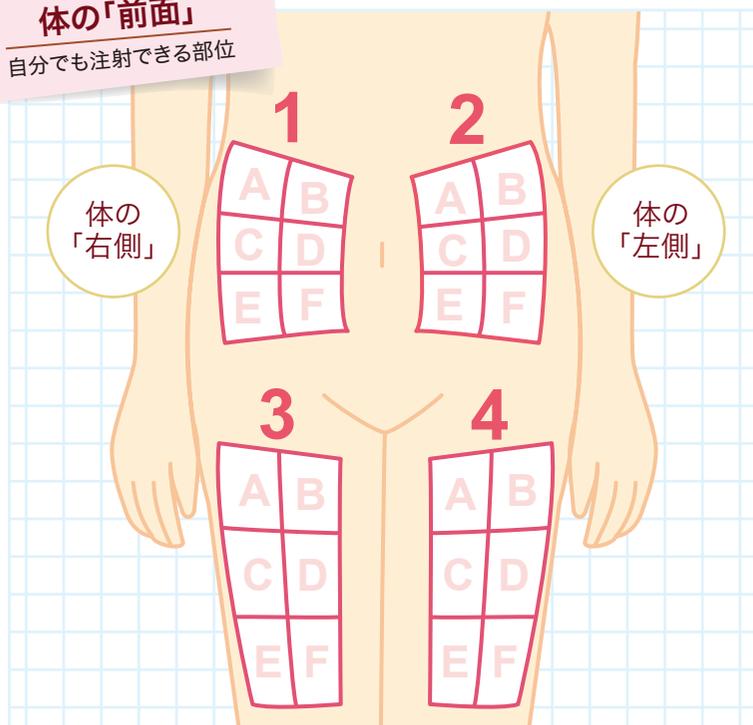
注射部位のローテーションは、注射部位反応を軽減させることができます。下記の記録シートを使用すると、より注射部位のローテーションがイメージしやすくなります。

注射した場所に日付を記入して使用します。



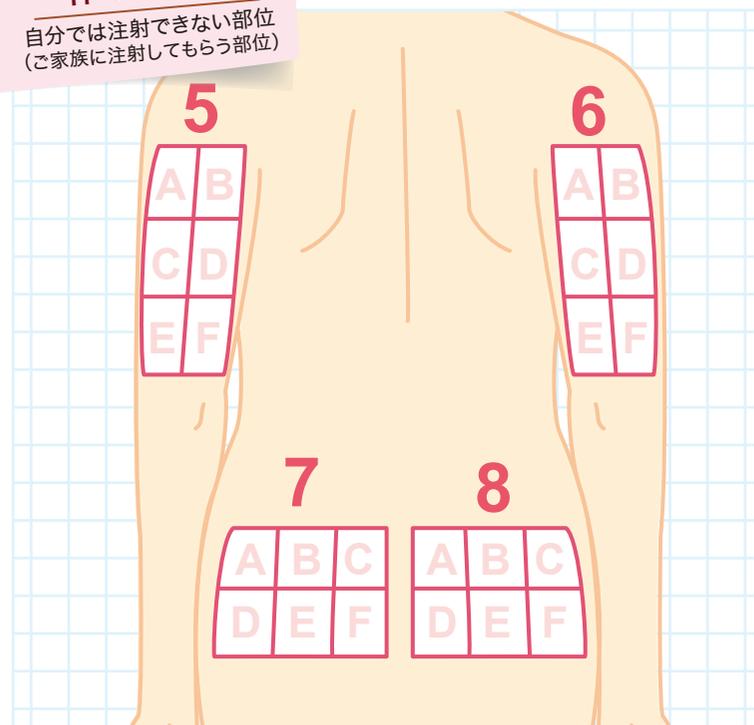
### 体の「前面」

自分でも注射できる部位



### 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)





# 注射部位の記録シート

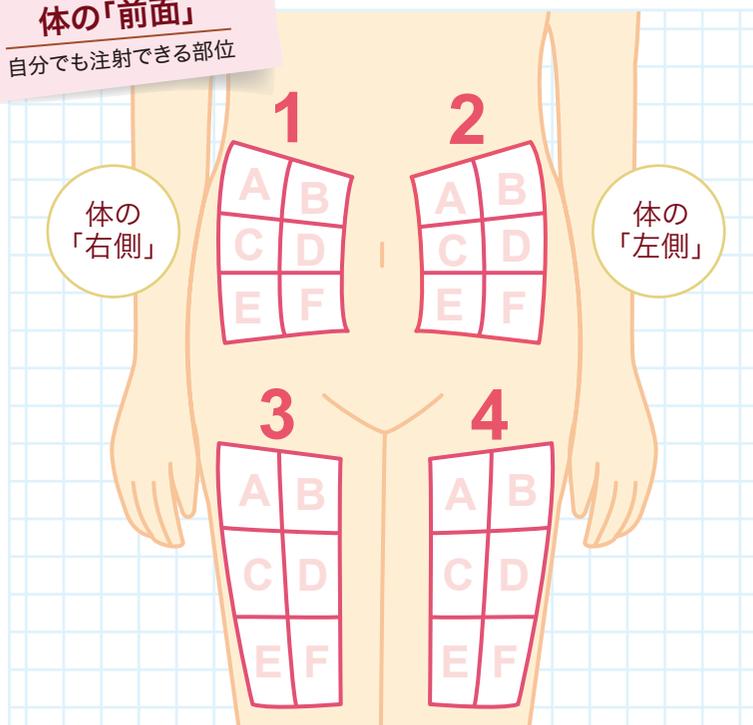
注射部位のローテーションは、注射部位反応を軽減させることができます。下記の記録シートを使用すると、より注射部位のローテーションがイメージしやすくなります。

注射した場所に日付を記入して使用します。



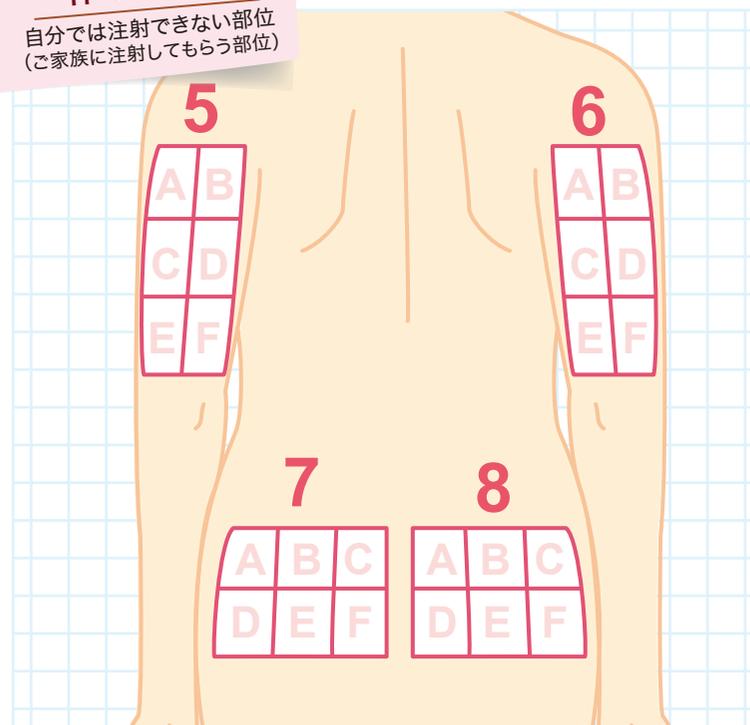
## 体の「前面」

自分でも注射できる部位



## 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)





# 注射部位の記録シート

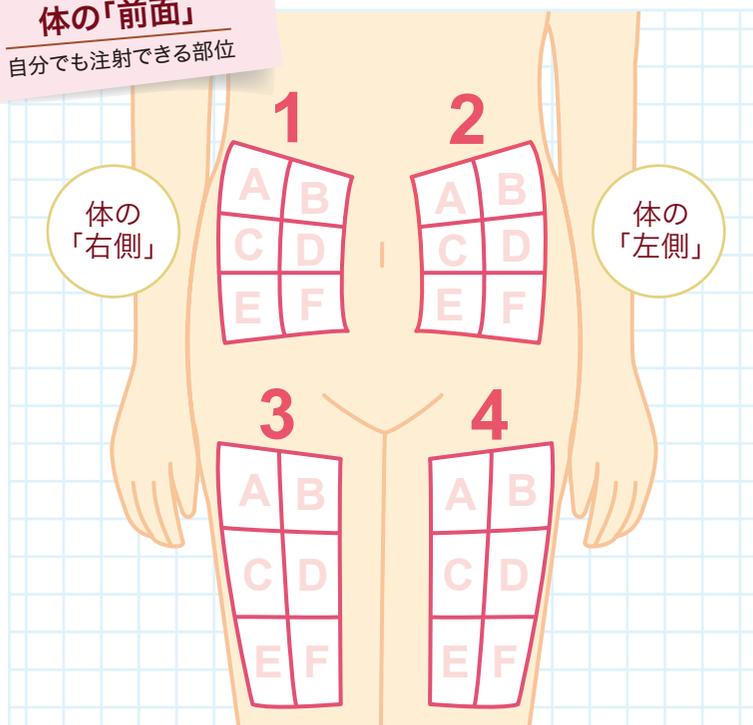
注射部位のローテーションは、注射部位反応を軽減させることができます。下記の記録シートを使用すると、より注射部位のローテーションがイメージしやすくなります。

注射した場所に日付を記入して使用します。



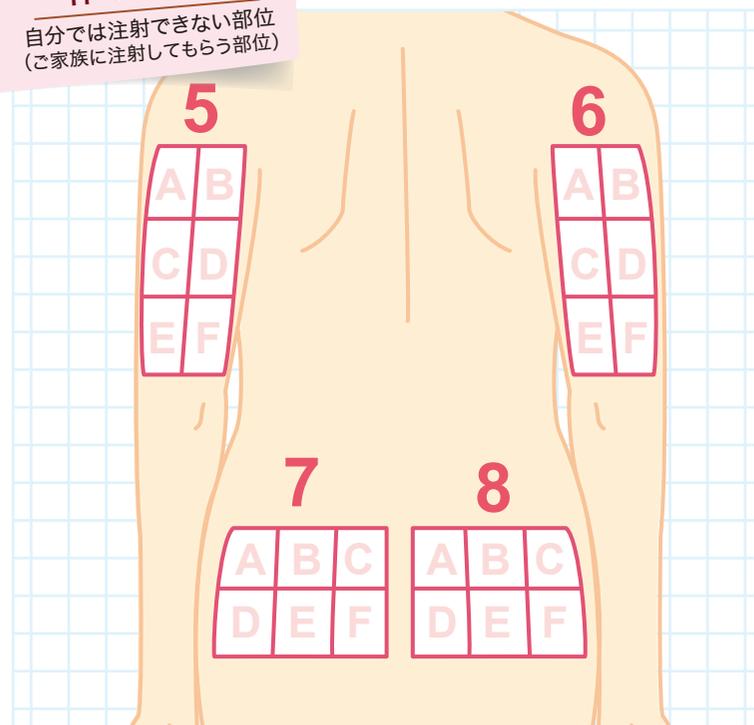
## 体の「前面」

自分でも注射できる部位



## 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)





# 注射部位の記録シート

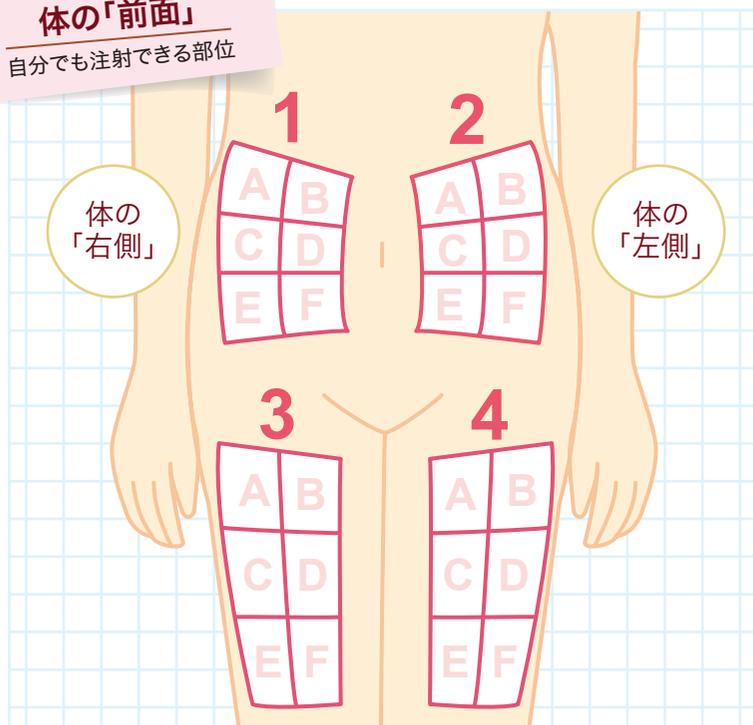
注射部位のローテーションは、注射部位反応を軽減させることができます。下記の記録シートを使用すると、より注射部位のローテーションがイメージしやすくなります。

注射した場所に日付を記入して使用します。



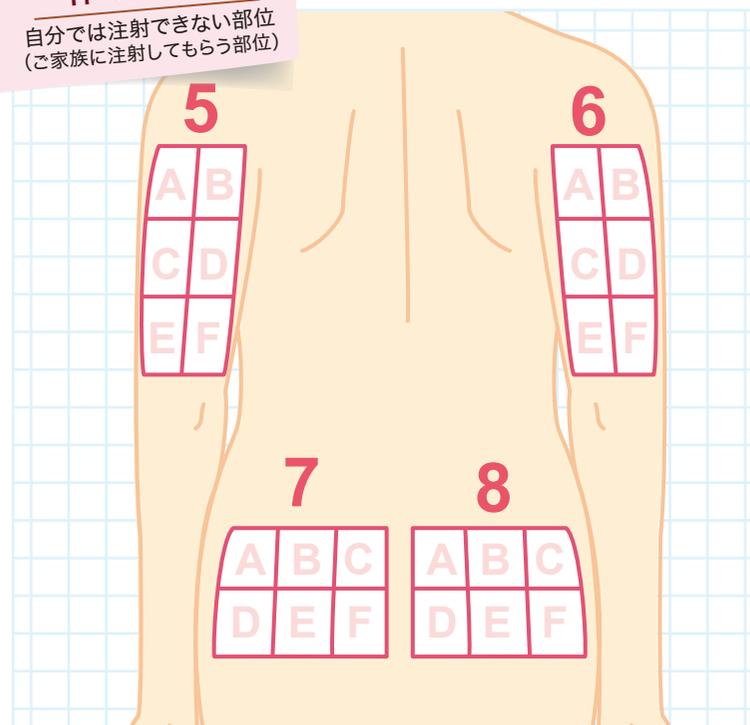
## 体の「前面」

自分でも注射できる部位



## 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)





# 注射部位の記録シート

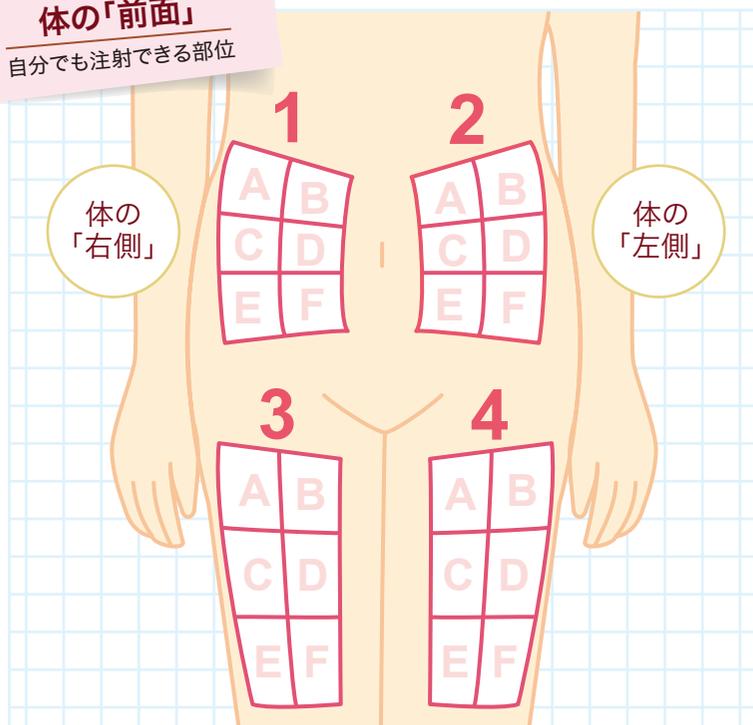
注射部位のローテーションは、注射部位反応を軽減させることができます。下記の記録シートを使用すると、より注射部位のローテーションがイメージしやすくなります。

注射した場所に日付を記入して使用します。



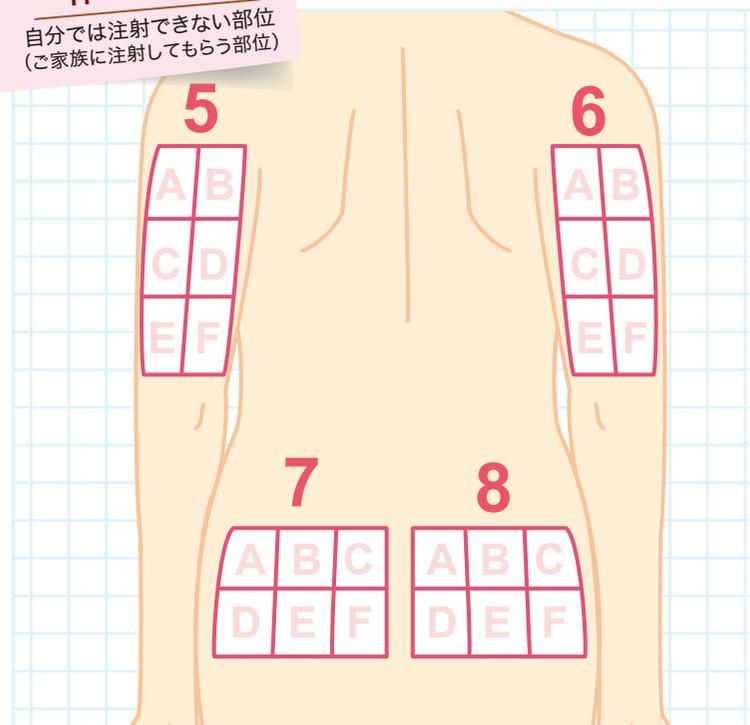
## 体の「前面」

自分でも注射できる部位



## 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)





# 注射部位の記録シート

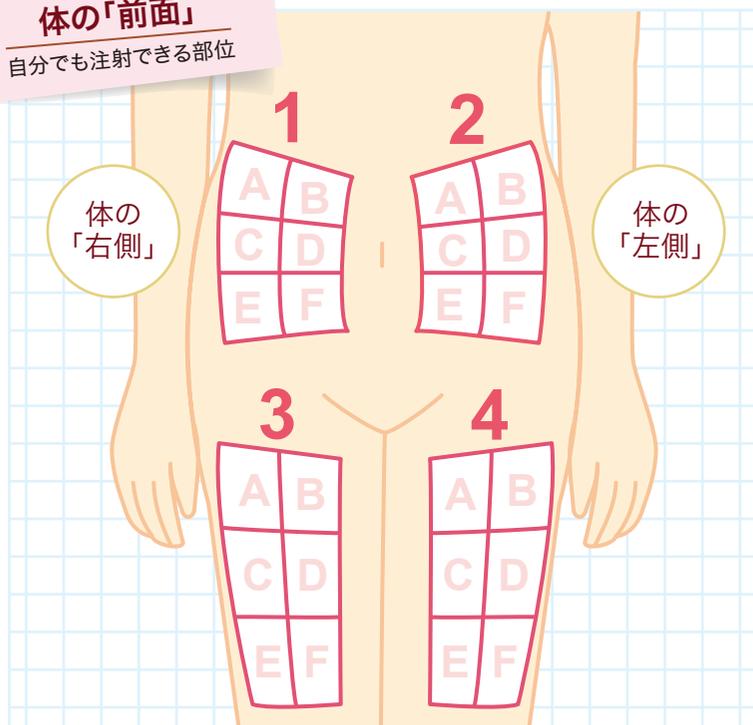
注射部位のローテーションは、注射部位反応を軽減させることができます。下記の記録シートを使用すると、より注射部位のローテーションがイメージしやすくなります。

注射した場所に日付を記入して使用します。



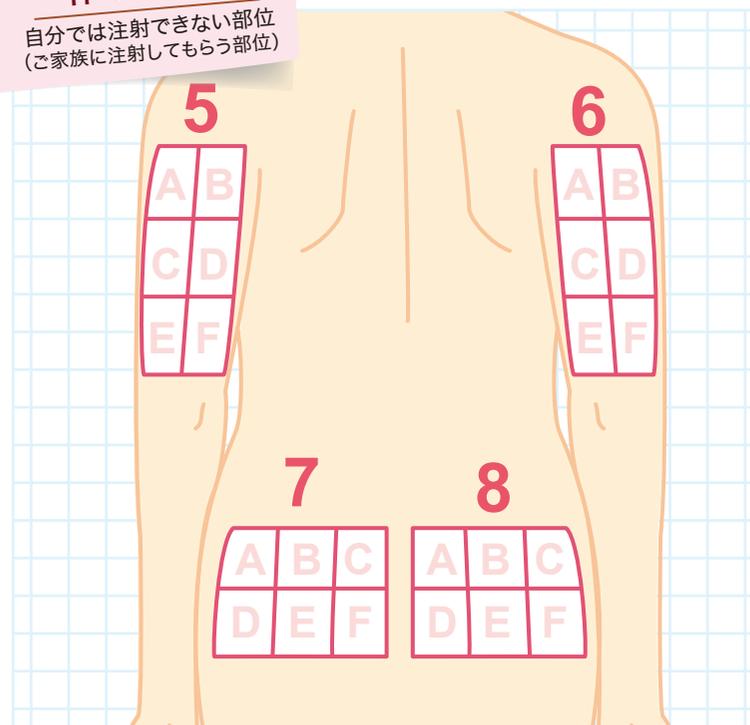
## 体の「前面」

自分でも注射できる部位



## 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)





# 注射部位の記録シート

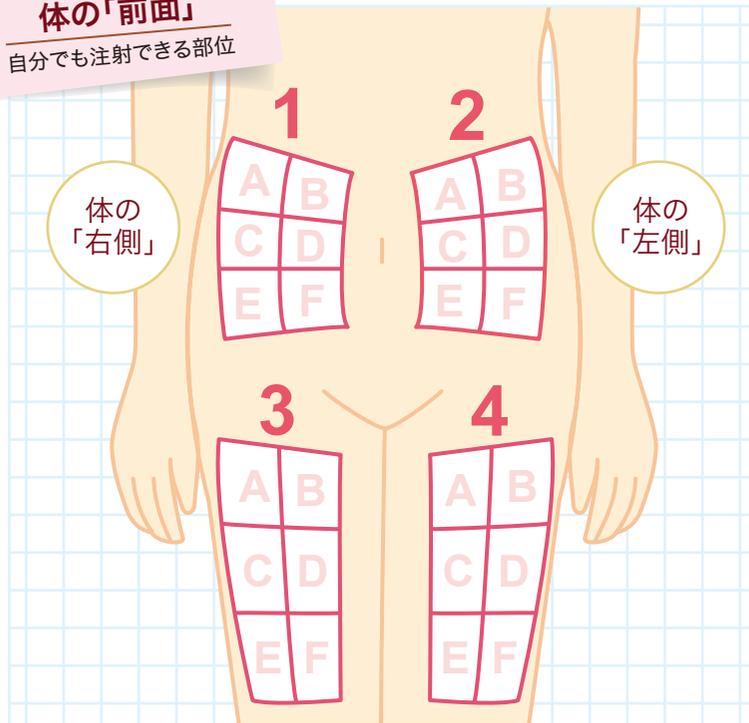
注射部位のローテーションは、注射部位反応を軽減させることができます。下記の記録シートを使用すると、より注射部位のローテーションがイメージしやすくなります。

注射した場所に日付を記入して使用します。



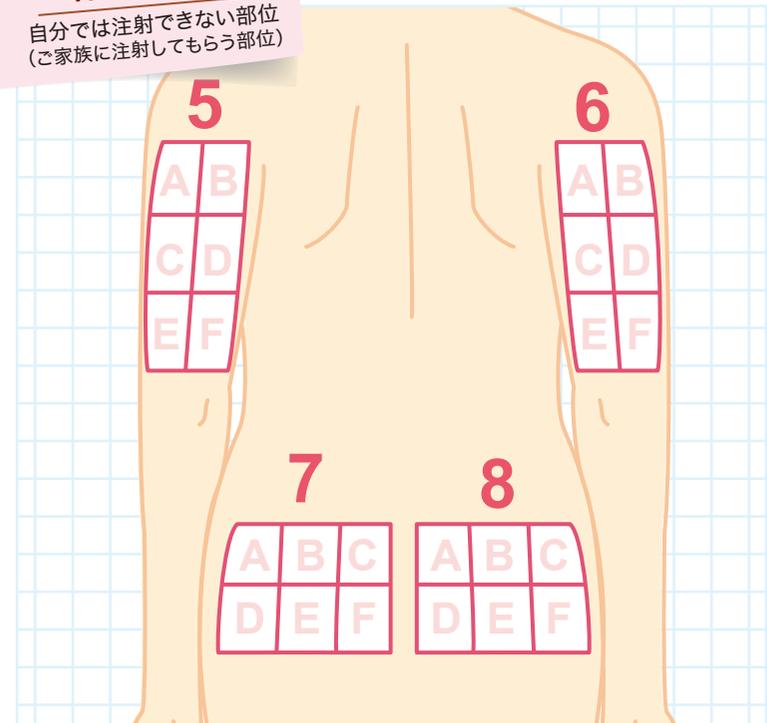
## 体の「前面」

自分でも注射できる部位



## 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)





# 注射部位の記録シート

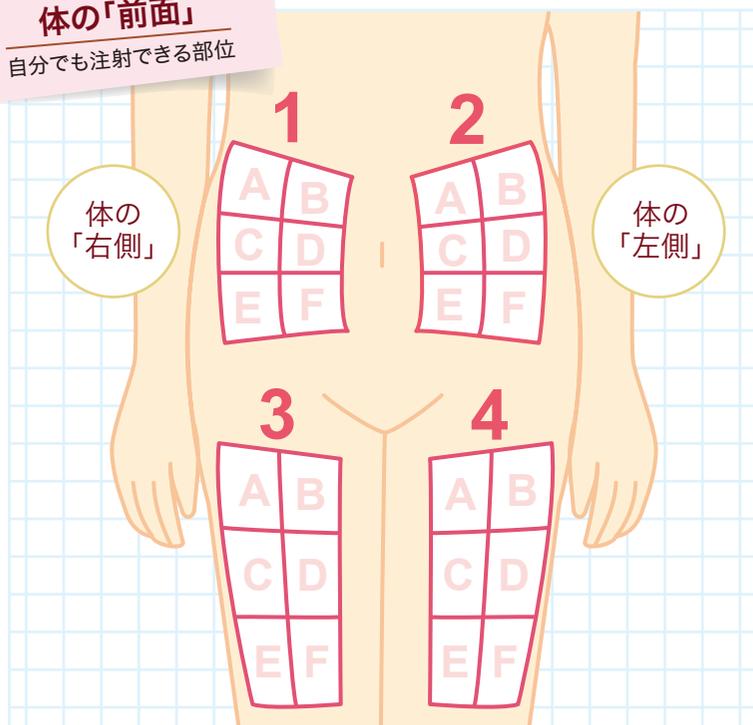
注射部位のローテーションは、注射部位反応を軽減させることができます。下記の記録シートを使用すると、より注射部位のローテーションがイメージしやすくなります。

注射した場所に日付を記入して使用します。



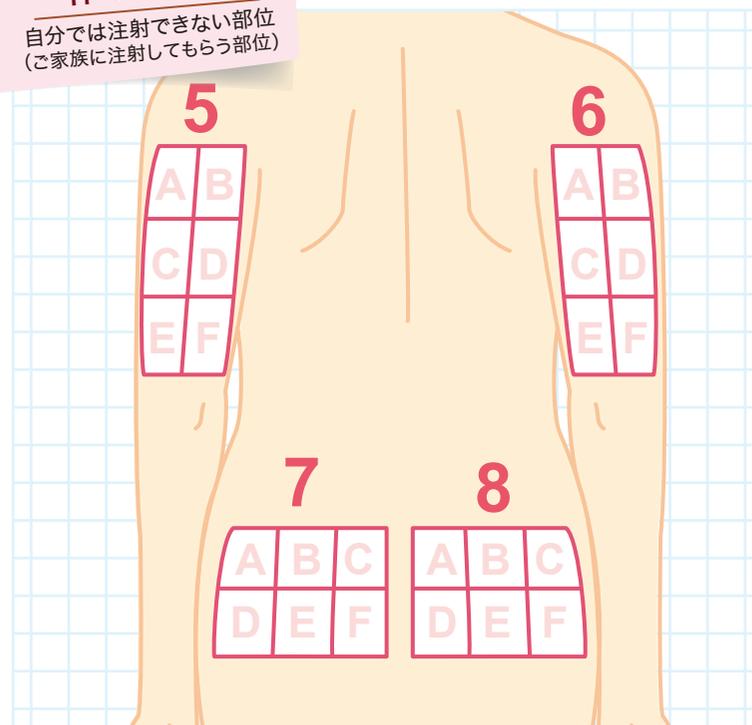
## 体の「前面」

自分でも注射できる部位



## 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)





# 注射部位の記録シート

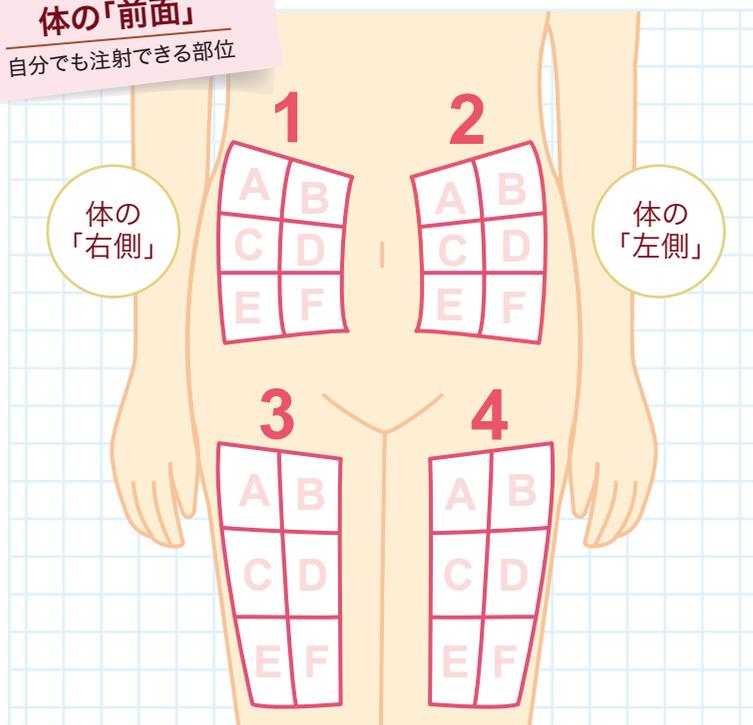
注射部位のローテーションは、注射部位反応を軽減させることができます。下記の記録シートを使用すると、より注射部位のローテーションがイメージしやすくなります。

注射した場所に日付を記入して使用します。



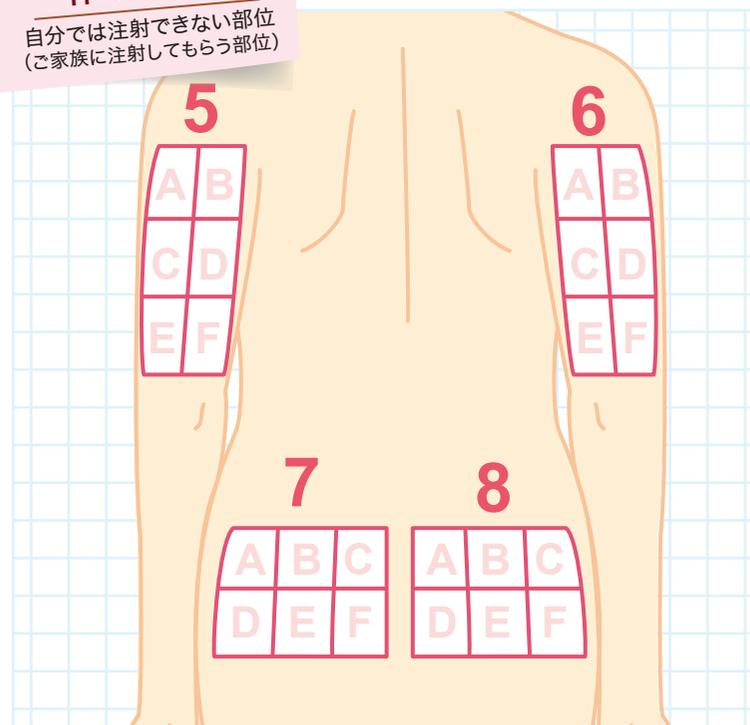
## 体の「前面」

自分でも注射できる部位



## 体の「背面」

自分では注射できない部位  
(ご家族に注射してもらう部位)





監修

齋田 孝彦

入野医院総合めまいセンター(大阪・難波)関西多発性硬化症(MS)センター 所長

京都民医連中央病院 脳神経内科 顧問

社団法人多発性硬化症治療研究所 所長

国立病院機構 宇多野病院 名誉院長

アジア・オセアニア多発性硬化症学会 前理事長

バイエル薬品株式会社