

# 使用指導のポイント

前頁①②の質問から使用可能な方には、次のことを必ず守ってナザールAR<季節性アレルギー専用>を使用するように指導してください。

- 用法・用量を守ってください。  
通常1日2回とし、最大でも1日4回を超えて使用しないでください。  
症状の改善が得られた場合は、1日の使用回数を減らしてください。
- 本剤は、他のステロイド点鼻薬の使用期間も合わせて、1年間に1ヵ月間を超えて使用しないでください。
- 本剤と同じ効果を持つ薬を併用しないでください。
- 使用開始日と使用中止日を外箱の記載欄に記入してください。

(外箱)

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| 使用開始日 | 年 | 月 | 日 |
| 使用中止日 | 年 | 月 | 日 |

副作用と思われる次の症状が現れた場合は医師または薬剤師に相談してください。

- まれに下記の重篤な症状が起こることがあります。その場合は直ちに医師の診療を受けてください。

| 症状の名称              | 症 状  |
|--------------------|--|
| ショック<br>(アナフィラキシー) | 使用後すぐにじんましん、浮腫、胸苦しさ等とともに、顔色が青白くなり、手足が冷たくなり、冷や汗、息苦しさがあらわれる。 |

- 次の症状が現れた場合は、他の病気が併発していることがありますので、直ちに使用を中止し、医師または薬剤師に相談してください。

•頭、額や頬などに痛みがでたり、鼻汁が黄色や緑色などを呈し、通常と異なる症状

- 次の症状が現れた場合は、直ちに使用を中止し、医師または薬剤師に相談してください。

|            |  |  |
|------------|--|--|
| <b>鼻</b>   | ・鼻出血<br>・鼻の中のかさぶた<br>・不快感<br>・くしゃみの発作                      | ・刺激感<br>・かゆみ<br>・乾燥感<br>・嗅覚異常<br>・化膿症状 <sup>*1</sup> |
| <b>のど</b>  | ・刺激感<br>・異物感   | ・化膿症状 <sup>*2</sup>                                  |
| <b>目</b>   | ・目の痛み<br>・目のかすみ  |  |
| <b>その他</b> | ・ぜんそくの発現<br>・どうき<br>・血圧上昇や皮ふ、精神神経系(頭痛、めまい)、消化器系に異常症状が現れた場合 |  |

<sup>\*1</sup>:毛根の感染によって、膿(うみ)がたまり、痛みやはれを伴う。 <sup>\*2</sup>:感染によって、のどの奥に白っぽい膿(うみ)がたまり、痛みやはれを伴う。

- 成分・分量：100g中 ベクロメタゾンプロピオン酸エステル 0.05g
- 効 能：花粉など季節性アレルギーによる次のような症状の緩和：鼻づまり、鼻みず(鼻汁過多)、くしゃみ
- 用法・用量：成人(18歳以上)通常1日2回(朝・夕)左右の鼻腔内にそれぞれ1回1度ずつ噴霧します。  
1日最大4回(8噴霧)まで使用してもかまいませんが、使用間隔は3時間以上おいてください。  
・症状が改善すれば使用回数を減らしてください。症状が再び悪化した場合は、使用回数を増やしてもかまいません。  
・1年間に1ヵ月間を超えて使用しないでください。

K1010学術KO

花粉などの季節性アレルギーの症状に  
ベクロメタゾンプロピオン酸エステル(ステロイド)配合点鼻薬



# ナザールAR<sup>®</sup> <季節性アレルギー専用>

## 適正使用のチェックシート

次のことを確認し、適切に指導してください。

- ①薬剤師は、次の質問で一つでも「はい」と答えた方には本剤を使用させないでください。(守らないと現在の症状が悪化したり、副作用・事故が起こりやすくなります。)  
(販売店様用解説書 p.3、13、14参照)
- Q1: 次の診断を受けたことがありますか。(現在)  はい  いいえ  
 全身の真菌症  結核性疾患  高血圧  糖尿病  
 反復性鼻出血  ぜんそく  緑内障  感染症
- Q2: 鼻腔内に化膿(毛根の感染によって、膿(うみ)がたまり、痛みやはれを伴う)しているところがありますか。  はい  いいえ
- Q3: 本剤又はベクロメタゾンプロピオン酸エステル製剤によるアレルギー症状を起こしたことがありますか。  はい  いいえ
- Q4: 18歳未満ですか。  はい  いいえ
- Q5: 妊婦又は妊娠していると思われる方ですか。  はい  いいえ
- Q6: 他のステロイド点鼻薬の使用期間も合わせて1年間に1ヵ月間を超えて使用していましたか。  はい  いいえ

上記の質問にいずれも「いいえ」と答えた方は②へ

- ②薬剤師は、次の質問で一つでも「はい」と答えた方には本剤の使用を注意し、場合によっては医師に相談するように指導してください。(販売店様用解説書 p.4、15、16参照)
- Q1: 医師の治療を受けていますか。  はい  いいえ
- Q2: 減感作療法等、アレルギーの治療を受けていますか。  はい  いいえ
- Q3: 頭、額や頬などに痛みがあり、黄色や緑色などの鼻汁がありますか。(感染性副鼻腔炎)  はい  いいえ
- Q4: 授乳中の方ですか。  はい  いいえ
- Q5: 本人又は家族にアレルギー体質の方がいますか。  はい  いいえ
- Q6: 薬によりアレルギー症状を起こしたことがありますか。  はい  いいえ
- Q7: 季節性アレルギーによる症状か他の原因による症状かはっきりしないですか。  はい  いいえ
- Q8: 高齢者(65歳以上)の方ですか。  はい  いいえ
- Q9: 肥厚性鼻炎<sup>\*1</sup>や鼻たけ(鼻ポリープ)<sup>\*2</sup>の症状はありますか。  
<sup>\*1</sup>:鼻のまわりが重苦しく、少量の粘性性又は黄色や緑色の鼻汁がでる。 <sup>\*2</sup>:鼻の奥に異物感や痛みがある。  はい  いいえ
- Q10: 長期又は大量の全身性ステロイド療法を受けていますか。  はい  いいえ
- Q11: 現在、他に使用している薬はありますか。  はい  いいえ

上記にすべて「いいえ」と答えた方



**ナザールAR<sup>®</sup>**  
 <季節性アレルギー専用>  
 を使用できます。

(ご販売前に裏面の注意点をご説明ください)