

適正使用のお願い (線維筋痛症に伴う疼痛)

セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤

劇薬、処方箋医薬品※

デュロキセチンカプセル20mg「三笠」

デュロキセチンカプセル30mg「三笠」

DULOXETINE CAPSULES 20/30mg「MIKASA」

※注意—医師等の処方箋により使用すること

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

- 2.1 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2.2 モノアミン酸化酵素(MAO)阻害剤(セレギリン塩酸塩、ラサギリンメシル酸塩、サフィナミドメシル酸塩)を投与中あるいは投与中止後2週間以内の患者[10.1参照]
- 2.3 高度の肝機能障害のある患者[9.3.1参照]
- 2.4 高度の腎機能障害のある患者[9.2.1、16.6.1参照]
- 2.5 コントロール不良の閉塞隅角緑内障の患者[症状が悪化することがある。]



線維筋痛症に伴う疼痛への使用に際しての注意事項

本資材は、線維筋痛症に伴う疼痛の治療において本剤を適正に使用するため、投与する際の注意事項を記載しております。本剤の投与にあたり、最新の添付文書や本資材、関連するガイドライン等の内容にご留意いただき、適正に使用いただきますようお願いいたします。

■ 本剤の効能又は効果は、「線維筋痛症に伴う疼痛」です。

5. 効能又は効果に関連する注意（一部抜粋）

〈疼痛の効能共通〉

5.3 疼痛に対して本剤を投与する場合は、自殺念慮、自殺企図、敵意、攻撃性等の精神症状の発現リスクを考慮し、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。

〈線維筋痛症に伴う疼痛〉

5.4 線維筋痛症の診断は、米国リウマチ学会の分類（診断）基準等の国際的な基準に基づき慎重に実施し、確定診断された場合にのみ投与すること。

効能又は効果に「線維筋痛症に伴う疼痛」の他、「うつ病・うつ状態、糖尿病性神経障害に伴う疼痛、慢性腰痛症に伴う疼痛、変形性関節症に伴う疼痛」もございますが、本資材では主に「線維筋痛症に伴う疼痛」について記載しております。

1. 疾患概念¹⁾

■ 線維筋痛症とは

線維筋痛症（fibromyalgia: FM）は身体の広範な部位における慢性疼痛と全身性のこわばりを主要症状とし、身体診察や一般的画像検査を含む臨床検査で異常がなく、多彩な身体及び神経・精神症状を随伴症状とし、中年女性に好発する原因不明のリウマチ性疾患です。

■ 主要症状

- 全身の慢性疼痛と解剖学的に明確な部位の圧痛
- びまん性のこわばり

■ 随伴症状

図1 日本人線維筋痛症患者の臨床症状陽性率（30%以上出現した随伴症状）

		出現率 (%)
リウマチ膠原病様症状	こわばり	63.7
	乾燥症状	49.3
身体症状	疲労	90.9
	腹部症状	44.2
	便通異常	43.1
	身体の冷感	32.5
	動悸	30.1
神経症状	頭重感・頭痛	72.1
	しびれ感	64.8
	めまい	44.6
精神症状	睡眠障害	73.1
	不安感	64.3
	抑うつ気分	60.5
	焦燥感	41.1
	集中力低下	38.7

(n=257, 厚生労働省研究班全国疫学調査 2004)

日本線維筋痛症学会編：線維筋痛症診療ガイドライン2017, 2017, p.104, 日本医事新報社, 東京 より作成

2. 疫学^{1),2)}

■ わが国の線維筋痛症の患者数

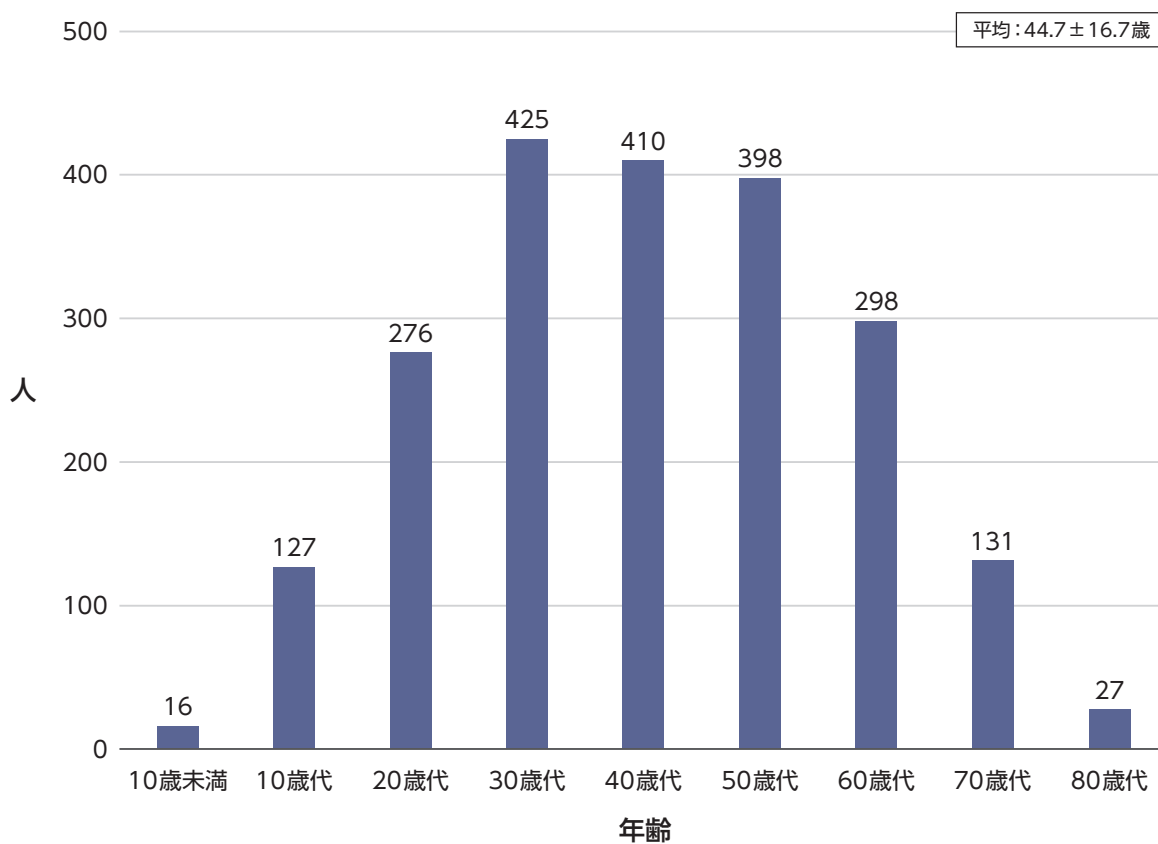
約200万人以上と推定されています。

人口の約1.7% (約200万人以上) に線維筋痛症が存在し、その80%を女性が占めていることがわかっています (2004年厚生労働省研究班による住民調査)。

■ 発症年齢

患者の受診年齢は40歳代半ばの働き盛りの女性に多いことが特徴であり、平均発症年齢は44.7歳です。

図2 線維筋痛症患者の発症年齢別分布



(2009日本線維筋痛症学会診療ネットワーク患者調査より)

日本線維筋痛症学会編: 線維筋痛症診療ガイドライン2017, 2017, p.5, 日本医事新報社, 東京 より改変

3. 診断¹⁾

診断は、米国リウマチ学会の分類(表2)等に基づき、鑑別を要する疾患の可能性についても考慮いただき、確定診断された場合にのみ本剤を投与するようにしてください。

5. 効能又は効果に関連する注意(一部抜粋)

＜線維筋痛症に伴う疼痛＞

5.4 線維筋痛症の診断は、米国リウマチ学会の分類(診断)基準等の国際的な基準に基づき慎重に実施し、確定診断された場合にのみ投与すること。

■ 線維筋痛症の診断に用いる基準

線維筋痛症の診断にどの基準を用いるか、線維筋痛症診療ガイドライン2017において、次のように推奨されています。

表1 線維筋痛症診療ガイドライン2017における推奨

CQ6-2	線維筋痛症の診断にどの基準を用いるか
推奨文	米国リウマチ学会分類基準(1990年基準)、診断予備基準(2010年基準)、Wolfeらの改定基準(2011年基準)は、いずれも日本人に対して有用度の高いことが検証されている。 2010年基準あるいは2011年基準が簡便さから適応しやすいが、整形外科的疾患や精神疾患が鑑別診断に挙がる場合は1990年基準で確認する必要がある。

日本線維筋痛症学会編：線維筋痛症診療ガイドライン2017, 2017, p.106, 日本医事新報社, 東京

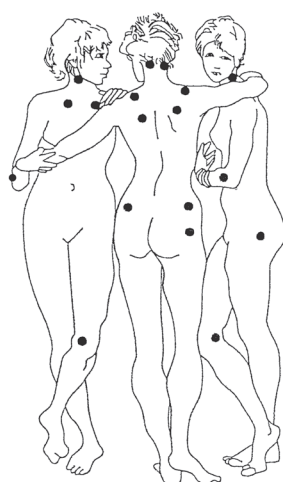
表2 米国リウマチ学会(ACR) 1990年ACR分類基準(Wolfeら)(米国リウマチ学会分類基準(1990年基準))

1. 広範囲にわたる疼痛の病歴	
定義	広範囲とは右・左半身、上・下半身、体軸部(頸椎、前胸部、胸椎、腰椎)
2. 指を用いた触診により、18箇所の圧痛点のうち11箇所以上に疼痛を認める	
定義	両側後頭部・頸椎下方部・僧帽筋上縁部・棘上筋・第2肋骨・肘外側上顆・臀部・大転子部・膝関節部
指を用いた触診は4kgの圧力で実施(術者の爪が白くなる程度) 圧痛点の判定：疼痛の自覚でなく、患者自身の疼痛表現(ことば、態度)	
判定	広範囲な疼痛が3カ月以上持続し、上記の両基準を満たす場合 第二の疾患が存在してもよい

*日本人症例の検証：感度 75.9%、特異度 97.4%、精度 86.9% (症例：123例、対照：147例)

日本線維筋痛症学会編：線維筋痛症診療ガイドライン2017, 2017, p.107, 日本医事新報社, 東京

図3 米国リウマチ学会(ACR) 1990年 線維筋痛症分類基準の圧痛点(Wolfeら)



- ▶ 後頭部(後頭下筋腱附着部)
- ▶ 下部頸椎(C5-7頸椎間前方)
- ▶ 僧帽筋(上縁中央部)
- ▶ 棘上筋(起始部で肩甲骨棘部の上)
- ▶ 第2肋骨(肋軟骨接合部)
- ▶ 肘外側上顆(上顆2cm遠位)
- ▶ 臀部(4半上外側部)
- ▶ 大転子(転子突起後部)
- ▶ 膝(上方内側脂肪堆積部)

日本線維筋痛症学会編：線維筋痛症診療ガイドライン2017, 2017, p.107, 日本医事新報社, 東京

図4 米国リウマチ学会診断予備基準 (2010年基準)

WPI:19箇所
過去1週間の
疼痛範囲数

顎	右	左
肩	右	左
上腕	右	左
前腕	右	左
胸部		
腹部		
大腿	右	左
下腿	右	左
頸部		
背部	上	下
臀部	右	左
WPI 合計:	点	

SS一般的な身体症候 0:なし 1:少数 2:中等度 3:多数					
筋肉痛	過敏性腸症候群	疲労感・疲れ	思考・記憶障害	筋力低下	頭痛
腹痛・腹部痙攣	しびれ・刺痛	めまい	睡眠障害	うつ症状	便秘
上部腹痛	嘔気	神経質	胸痛	視力障害	発熱
下痢	ドライマウス	かゆみ	喘鳴	レイノー現象	蕁麻疹
耳鳴り	嘔吐	胸やけ	口腔内潰瘍	味覚障害	痙攣
ドライアイ	息切れ	食欲低下	発疹	光線過敏	難聴
あざが できやすい	抜け毛	頻尿	排尿痛	膀胱痙攣	
合計: 症候 点 + 身体症候 点 = 点					

*わが国では身体症候: 1:少数 (1-5)、2:中等度 (6-20)、3:多数 (21-41) とする (西岡ら作図)
日本線維筋痛症学会編: 線維筋痛症診療ガイドライン2017, 2017, p.108, 日本医事新報社, 東京

以下の3項目を満たすものを線維筋痛症と診断する

WPI7以上+SS5以上またはWPI3~6+SS9以上

少なくとも3カ月症候が続く

他の疼痛を示す疾患ではない

診断予備基準 (2010年基準) では、次の3項目を満たす場合に線維筋痛症と診断します。

- ① 定義化された慢性疼痛の広がり (疼痛拡大指数:widespread pain index:WPI) が一定以上あり、かつ臨床SS (徴候重症度) スコアが一定以上ある
- ② 臨床徴候が診断時と同じレベルで3カ月間は持続する
- ③ 慢性疼痛を説明できる他の疾患がない

診断予備基準 (2010年基準) は米国リウマチ学会分類基準 (1990年基準) にとって代わるものではなく、各項目は医師による問診などの診察所見として評価すべきものです。

4. 併存あるいは鑑別を要する疾患^{1),3)}

線維筋痛症は既存のリウマチ性疾患をはじめ、各種疾患としばしば併存し、一次性 (原発性) と二次性 (続発性) に分類されます。

二次性の基礎疾患として、リウマチ性疾患が比較的多く、関節リウマチ (RA)、変形性関節症 (OA)、筋筋膜性腰臀部痛、頸肩腕症候群などの一般的な整形外科的疾患の頻度が高く、その他に全身性エリテマトーデス (SLE)、シェーグレン症候群 (SS)、強直性脊椎炎 (AS)、甲状腺機能低下症などがあります。

表3 リウマチ系、神経内科系にみられる併存しやすい疾患

リウマチ系	関節リウマチ (RA)、全身性エリテマトーデス (SLE)、シェーグレン症候群 (SS)、脊椎関節炎 (SpA) [#] 、全身性強皮症 (SSc)、多発性筋炎・皮膚筋炎 (PM/DM) [#] 、リウマチ性多発筋痛症 (PMR) [#] 、他
神経内科系	多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、脳脊髄液減少症、アイザックス症候群、他

併存あるいは鑑別を要する代表的疾患
日本線維筋痛症学会編: 線維筋痛症診療ガイドライン2017, 2017, p.196, 日本医事新報社, 東京 より抜粋

5

表4 鑑別を要する神経内科領域の疾患

慢性炎症性脱髄性多発神経炎 (chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy: CIDP)	一般に運動障害優位の運動・感覚障害を示すが、まれに感覚障害のみを呈することがあり、鑑別に注意が必要
アイザックス症候群	通常は筋肉のピクツキ、こむらえり、筋硬直など運動症状が主であるが、異常感覚や局所的な痛みを伴う報告もある
多発性硬化症	神経症状の出現部位が神経解剖学的に説明できる部位に局限しているか否かが鑑別に重要
重症筋無力症	・易疲労性を主訴とする場合に鑑別が重要である ・決定的な違いは、重症筋無力症の場合症状に日内変動がある点
脳脊髄液減少症	・脳脊髄液が“減少状態”になるために、頭痛をはじめとする種々の症状が出現する疾患 ・慢性期症状として、通常、下記の症状がある (1) 頭痛（起立性が主）、頸～腰痛、四肢痛などの疼痛症状 (2) 全身倦怠感、易疲労性

日本線維筋痛症学会編：線維筋痛症診療ガイドライン2017, 2017, p.196, 日本医事新報社, 東京 より改変
CSF-JAPAN脳脊髄液減少症ホームページ より改変 <http://www.csf-japan.org/japanese/about.html> (2021年5月閲覧)

診断は、米国リウマチ学会分類基準（1990年基準）、診断予備基準（2010年基準）等に基づき慎重に実施し、確定診断された場合にのみデュロキセチンを投与するようにしてください。また、投与する場合、自殺念慮、自殺企図、敵意、攻撃性等の精神症状の発現リスクを考慮し、本剤の投与の適否を慎重に判断するようにしてください。

5. 主な治療方法¹⁾

治療は、線維筋痛症が原因不明のため特異的原因療法はなく、これまで多くの薬物療法、非薬物療法が試みられてきました。

■ 治療原則

- 不必要な治療を排除する
- 患者・家族が線維筋痛症を認識・受容し、睡眠の調整、適正な有酸素運動を実施・支援する

■ 薬物療法

抗うつ薬、抗痙攣薬（抗てんかん薬）が主体であり、非ステロイド系抗炎症薬（NSAIDs）、副腎皮質ステロイド薬は一般には無効です。

表5 エビデンスレベルがAで推奨度が実施（行うことを強く推奨する）である治療薬

薬剤分類	薬剤名	備考
神経障害性疼痛治療剤	プレガバリン	—
抗うつ薬	デュロキセチン	—
鎮痛薬	トラマドール	薬物依存性に注意（オピオイド系鎮痛薬に含まれる）
	トラマドール＋アセトアミノフェン配合剤	

日本線維筋痛症学会編：線維筋痛症診療ガイドライン2017, 2017, p.206,207, 日本医事新報社, 東京 より改変

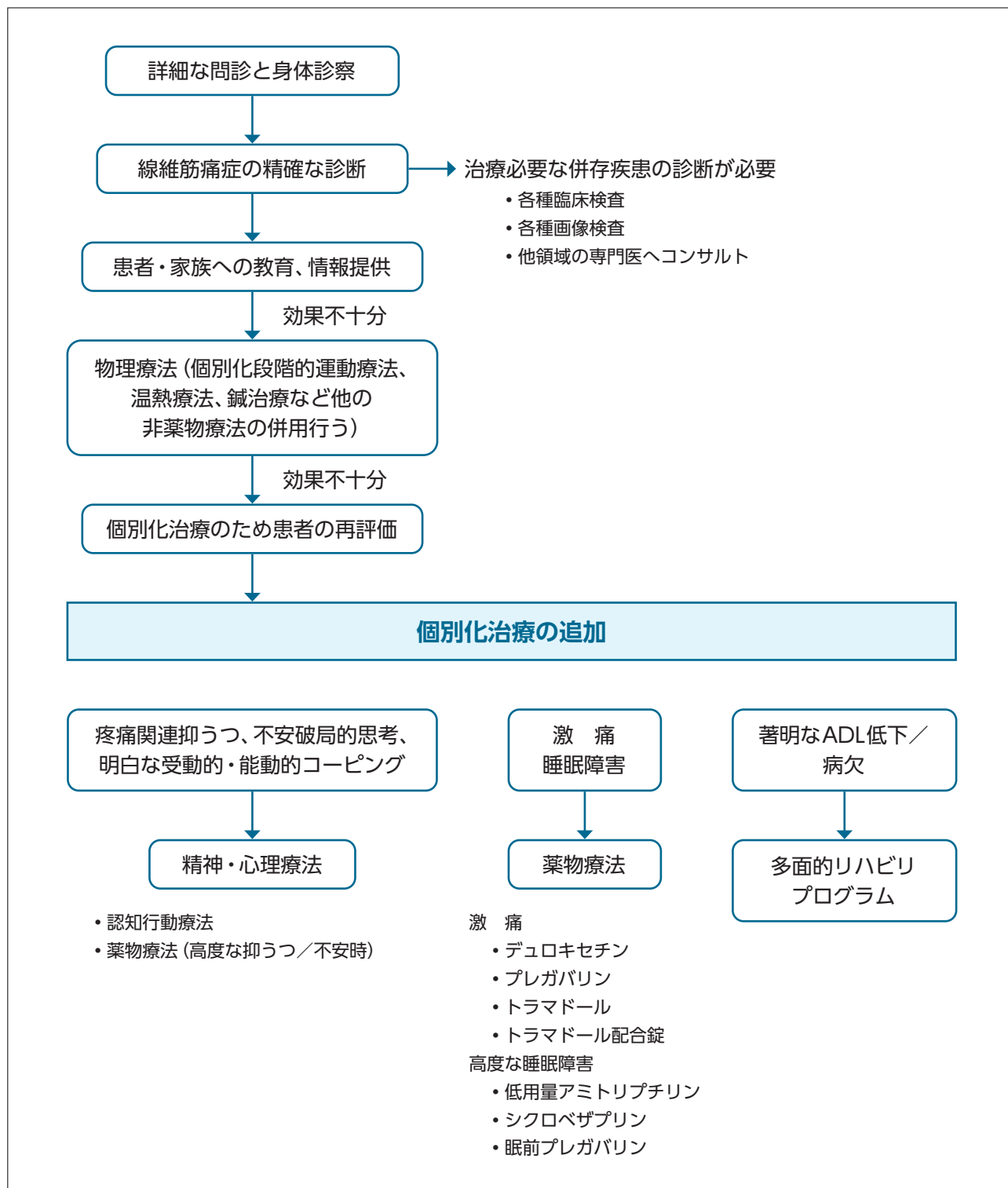
■ 非薬物療法

- 患者・家族教育が重要
- 有酸素運動療法、認知行動療法（CBT）が海外でエビデンスが高い（日本人を対象としたエビデンスはない）

6. 診断から治療まで¹⁾

ヨーロッパリウマチ学会 (EULAR2008／2016) とヨーロッパ疼痛学会 (2010) が線維筋痛症の薬物療法のガイドラインを
発表しており、その中でEULAR2016に診断から治療のアルゴリズム的なフローチャートがあります。
このrecommendationsは作成時の世界の論文からのシステマティックレビュー、メタ解析の結果に基づくものであり、
エビデンスレベルはGrade Aですが、日本人を対象にした成績は含まれていないことは留意すべき点です。

図5 線維筋痛症治療管理のアルゴリズム (EULAR2016ガイドラインによる)



日本線維筋痛症学会編：線維筋痛症診療ガイドライン2017, 2017, p.123, 日本医事新報社, 東京

7. 本剤を投与する場合の注意

■ 精神神経症状

本剤は効能又は効果にうつ病・うつ状態がありますので、抗うつ薬に共通の、自殺及び敵意・攻撃性並びにその他の精神神経症状関連の副作用の発現に注意する必要があります。

投与時にご注意いただきたいこと

- 5.1 抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること。
- 5.3 疼痛に対して本剤を投与する場合は、自殺念慮、自殺企図、敵意、攻撃性等の精神症状の発現リスクを考慮し、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。
- 8.3 自殺目的での過量服用を防ぐため、自殺傾向が認められる患者に処方する場合には、1回分の処方日数を最小限にとどめること。

投与中にご注意いただきたいこと

- 疼痛の治療を受けられる患者さんが、うつ病・うつ状態を呈されている場合もあり、添付文書等に記載している精神神経症状が発現もしくは悪化する場合があります。
- 患者さんに、うつ病・うつ状態が認められない場合においても、本剤の投与後に精神神経症状が発現するおそれがあります。
- 患者さんによっては、精神神経症状が発現するおそれがありますので、必要に応じ、近隣の精神科・心療内科の標榜のある医療機関に診療をご依頼ください。

- 8.1 うつ症状を呈する患者は希死念慮があり、自殺企図のおそれがあるので、このような患者は投与開始早期並びに投与量を変更する際には患者の状態及び病態の変化を注意深く観察すること。なお、うつ病・うつ状態以外で本剤の適応となる疾患においても自殺企図のおそれがあり、さらにうつ病・うつ状態を伴う場合もあるので、このような患者にも注意深く観察しながら投与すること。
- 8.2 不安、焦燥、興奮、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、攻撃性、衝動性、アカシジア／精神運動不穏、軽躁、躁病等があらわれることが報告されている。また、因果関係は明らかではないが、これらの症状・行動を来した症例において、基礎疾患の精神症状の悪化又は自殺念慮、自殺企図、他害行為が報告されている。患者の状態及び病態の変化を注意深く観察するとともに、これらの症状の増悪が観察された場合には、服薬量を増量せず、徐々に減量し、中止するなど適切な処置を行うこと。
- 8.8 投与中止（特に突然の中止）により、不安、焦燥、興奮、浮動性めまい、錯感覚（電気ショック様感覚を含む）、頭痛、悪心及び筋痛等があらわれることが報告されている。投与を中止する場合には、突然の中止を避け、患者の状態を観察しながら徐々に減量すること。

患者さん・ご家族への説明

患者さんの状態に変化がみられた場合、患者さんだけでなく、ご家族の方からもご連絡いただけるように、次の内容をご説明ください。

- 8.4 家族等に自殺念慮や自殺企図、興奮、攻撃性、易刺激性等の行動の変化及び基礎疾患の精神症状の悪化があらわれるリスク等について十分説明を行い、医師と緊密に連絡を取り合うように指導すること。

8. 重大な副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、必要に応じて、減量、休薬又は中止するなどの適切な処置を行ってください。

11.1.1 セロトニン症候群 (頻度不明)

不安、焦燥、興奮、錯乱、発汗、下痢、発熱、高血圧、固縮、頻脈、ミオクローヌス、自律神経不安定等があらわれることがある。セロトニン作用薬との併用時に発現する可能性が高くなるため、特に注意すること。異常が認められた場合には投与を中止し、体冷却、水分補給等の全身管理と共に適切な処置を行うこと。

10.2 併用注意 (併用に注意すること) (一部抜粋)

メチルチオニウム塩化物水和物 (メチレンブルー)

- ・セロトニン症候群があらわれるおそれがある。(MAO阻害作用によりセロトニン作用が増強される)

11.1.2 悪性症候群 (頻度不明)

発熱、無動緘黙、強度の筋強剛、嚥下困難、頻脈、血圧の変動、発汗、白血球数増加、血清CK (CPK) 上昇等の異常が認められた場合には、投与を中止し、体冷却、水分補給等の全身管理と共に適切な処置を行うこと。また、ミオグロビン尿を伴う腎機能の低下がみられ、急性腎障害に至ることがあるので注意すること。

11.1.3 抗利尿ホルモン不適合分泌症候群 (SIADH) (頻度不明)

低ナトリウム血症、低浸透圧血症、尿中ナトリウム排泄量の増加、高張尿、痙攣、意識障害等を伴う抗利尿ホルモン不適合分泌症候群 (SIADH) があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止し、水分摂取の制限等適切な処置を行うこと。

9.8 高齢者 (一部抜粋)

- ・低ナトリウム血症、抗利尿ホルモン不適合分泌症候群 (SIADH) の危険性が高くなることがある。

11.1.4 痙攣 (0.1%未満)、幻覚 (頻度不明)

9.1.9 てんかん等の痙攣性疾患又はこれらの既往歴のある患者
痙攣を起こすことがある。

11.1.5 肝機能障害 (0.1%未満)、肝炎 (頻度不明)、黄疸 (頻度不明)

AST、ALT、 γ -GTP、総ビリルビン等の上昇を伴う肝機能障害、肝炎、黄疸があらわれることがある。

2. 禁忌 (次の患者には投与しないこと) (一部抜粋)

2.3 高度の肝機能障害のある患者

8.5 肝機能障害があらわれることがあるので、適宜肝機能検査 (AST、ALT、 γ -GTP及び総ビリルビン等) を行うとともに、患者の症状を十分に観察すること。

9.3.1 高度の肝機能障害のある患者 (一部抜粋)

投与しないこと。肝機能障害が悪化することがある。

9.3.2 軽度から中等度の肝機能障害のある患者 (一部抜粋)

肝機能障害が悪化することがある。

11.1.6 皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson症候群) (頻度不明)
早期発見と早期対応のポイント (重篤副作用疾患別対応マニュアル⁴⁾ から改変) 医薬品服用後に、発熱(38℃以上)、眼の充血、眼脂(眼分泌物)、まぶたの腫れ、目が開けづらい、口唇や陰部のびらん、咽頭痛、紅斑のいずれかの症状が認められ、その症状の持続や急激な悪化を認めた場合には早急に入院設備のある皮膚科の専門機関に紹介する。
11.1.7 アナフィラキシー反応 (頻度不明)
呼吸困難、痙攣、血管浮腫、蕁麻疹等を伴うアナフィラキシー反応があらわれることがある。
11.1.8 高血圧クリーゼ (頻度不明)
8.6 心拍数増加、血圧上昇、高血圧クリーゼがあらわれることがあるので、適宜、血圧・脈拍数等を測定し、推移等に十分注意すること。 9.1.2 高血圧又は心疾患のある患者 本剤投与前に適切にコントロールし、定期的に血圧・脈拍数等を測定すること。心拍数増加、血圧上昇、高血圧クリーゼがあらわれることがある。
11.1.9 尿閉 (頻度不明)
症状があらわれた場合には投与を中止し、導尿を実施するなど適切な処置を行うこと。

9. 併用禁忌薬

セレギリン塩酸塩、ラサギリンメシル酸塩、サフィナミドメシル酸塩等のモノアミン酸化酵素 (MAO) 阻害剤とは併用しないでください。

10.1 併用禁忌 (併用しないこと)		
薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
モノアミン酸化酵素 (MAO) 阻害剤 セレギリン塩酸塩 (エフピー) ラサギリンメシル酸塩 (アジレクト) サフィナミドメシル酸塩 (エクフィナ) [2.2 参照]	他の抗うつ剤で併用により発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等の症状があらわれたとの報告がある。 MAO阻害剤の投与を受けた患者に本剤を投与する場合には、少なくとも2週間の間隔をおき、また、本剤からMAO阻害剤に切り替えるときは5日間の間隔をおくこと。	主にMAO阻害剤による神経外アミン総量の増加及び抗うつ剤によるモノアミン作動性神経終末におけるアミン再取り込み阻害によると考えられる。

10. デュロキセチンの用法及び用量（線維筋痛症に伴う疼痛）

- 1日1回朝食後に60mgを投与します。
- 投与開始時には漸増投与し、投与中止時には漸減投与します。

6. 用法及び用量

＜線維筋痛症に伴う疼痛、慢性腰痛症に伴う疼痛、変形性関節症に伴う疼痛＞

通常、成人には1日1回朝食後、デュロキセチンとして60mgを経口投与する。

投与は1日20mgより開始し、1週間以上の間隔を空けて1日用量として20mgずつ増量する。



8. 重要な基本的注意

＜効能共通＞

8.8 投与中止（特に突然の中止）により、不安、焦燥、興奮、浮動性めまい、錯感覚（電気ショック様感覚を含む）、頭痛、悪心及び筋痛等があらわれることが報告されている。投与を中止する場合には、突然の中止を避け、患者の状態を観察しながら徐々に減量すること。

効能又は効果別の用法及び用量

効能又は効果	治療用量	用法及び用量
線維筋痛症に伴う疼痛 慢性腰痛症に伴う疼痛 変形性関節症に伴う疼痛	60mg	通常、成人には1日1回朝食後、デュロキセチンとして60mgを経口投与する。投与は1日20mgより開始し、1週間以上の間隔を空けて1日用量として20mgずつ増量する。
うつ病・うつ状態 糖尿病性神経障害に伴う疼痛	40～60mg	通常、成人には1日1回朝食後、デュロキセチンとして40mgを経口投与する。投与は1日20mgより開始し、1週間以上の間隔を空けて1日用量として20mgずつ増量する。 なお、効果不十分な場合には、1日60mgまで増量することができる。

参考文献

- 1) 日本線維筋痛症学会編：線維筋痛症診療ガイドライン2017, 2017, 日本医事新報社, 東京
- 2) 松本 美富士ほか：臨床リウマチ, 2006; 18 (1): 87-92
- 3) CSF-JAPAN脳脊髄液減少症ホームページ <http://www.csf-japan.org/japanese/about.html> (2021年5月閲覧)
- 4) 厚生労働省：重篤副作用疾患別対応マニュアル スティーヴンス・ジョンソン症候群（皮膚粘膜眼症候群），平成18年11月（平成29年6月改定）



製造販売元

三笠製薬株式会社

東京都練馬区豊玉北2-3-1
<https://www.mikasaseiyaku.co.jp/>

本剤の使用に際しては、
最新の製品添付文書をご参照ください。

2021年5月作成
DXCRMP①2105S