

下肢痙縮

治療計画シート

A型ボツリヌス毒素製剤
ボトックス

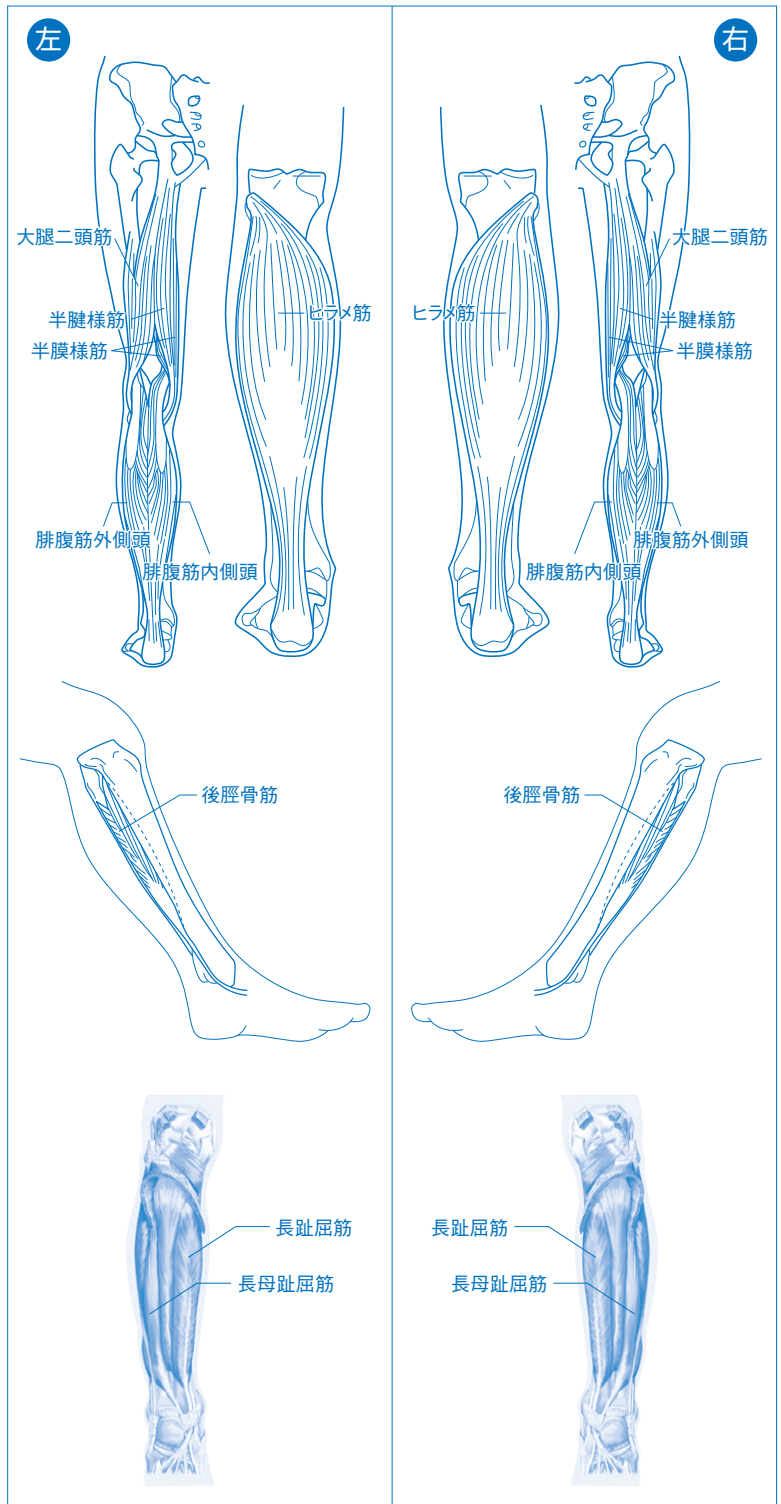
- 承認条件に基づき、本剤の使用は所定の講習を受講した医師に限定させていただきます。
- 本剤のご使用にあたりましては、電子添文をご参照下さい。

ボトックス治療シート

【下肢痙縮】

投与日(第 回)	患者氏名 (歳)
年 月 日	痙縮の原因疾患
治療対象とした症候： <input type="checkbox"/> 尖足 <input type="checkbox"/> 内反尖足 <input type="checkbox"/> その他 ()	
治療目的(機能、リハビリ、介護、衛生、痛み・スパズムなどの観点から)：	

投与部位	単位数×箇所		小計(単位)
内転筋群	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
大腿二頭筋	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
半腱様筋	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
半膜様筋	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
腓腹筋内側頭	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
腓腹筋外側頭	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
ヒラメ筋	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
後脛骨筋	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
長趾屈筋	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
長母趾屈筋	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
	左	単位× 箇所	
	右	単位× 箇所	
合計		単位	



投与日

年 月 日

MAS	足関節	0	1	1+	2	3	4
	()	0	1	1+	2	3	4
	()	0	1	1+	2	3	4

その他の評価

患者・介護者の評価

投与後(週)

年 月 日

MAS	足関節	0	1	1+	2	3	4
	()	0	1	1+	2	3	4
	()	0	1	1+	2	3	4

その他の評価

患者・介護者の評価

投与後(週)

年 月 日

MAS	足関節	0	1	1+	2	3	4
	()	0	1	1+	2	3	4
	()	0	1	1+	2	3	4

その他の評価

患者・介護者の評価

■ 痙縮評価

痙縮の程度を評価する尺度として、MAS(Modified Ashworth Scale)を用いる。

0	筋緊張の亢進はない。
1	軽度の筋緊張亢進がある。引っ掛かりとその消失、または屈曲・伸展の最終域でわずかな抵抗がある。
1+	軽度の筋緊張亢進がある。明らかな引っ掛かりがあり、それに続くわずかな抵抗を可動域の1/2以下で認める。
2	よりはっきりとした筋緊張亢進を全可動域で認める。しかし、運動は容易に可能。
3	かなりの筋緊張亢進がある。他動運動は困難。
4	患部は硬直し、屈曲・伸展は困難。

■ 用法及び用量(下肢痙縮)

通常、成人にはA型ボツリヌス毒素として複数の緊張筋^{*}に合計300単位を分割して筋肉内注射する。1回あたりの最大投与量は300単位であるが、対象となる緊張筋の種類や数により、投与量は必要最小限となるよう適宜減量する。また、再投与は前回の効果が減弱した場合に可能であるが、投与間隔は12週以上とすること。

^{*}緊張筋：腓腹筋(内側頭、外側頭)、ヒラメ筋、後脛骨筋等

痙縮に対する併用療法(リハビリテーション、装具、内服薬など)：

希釈濃度： _____ mL

針： _____ G

備考：

有害事象 ※有害事象が発現しましたら、弊社MRまでご連絡下さいますようお願いいたします。

事象	発現日	特記事項
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

【製造販売元】(輸入)

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先

TEL: 0120-561-703 (9:00~17:45 / 土日祝日及び当社休業日を除く)

FAX: 0120-561-047 (24時間受付)

BXXA0144-D2203N

改訂年月2022年3月