

要指導医薬品

医薬品を正しく購入するための
説 明 文 書



使用前には必ず添付文書をお読み下さい。

1	名 称	フルナーゼ点鼻薬＜季節性アレルギー専用＞
2	成分・分量	(100mL 中) フルチカゾンプロピオン酸エステル 51mg
3	用法・用量	成人 15 歳以上 左右の鼻腔内にそれぞれ 1 噴霧ずつ 1 日 2 回(朝・夕) ・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 3 ヶ月を超えて使用しないでください。
4	効能・効果	花粉による季節性アレルギーの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
5	保健衛生上の危害を防止するために必要な事項	<p>1. 次の人は使用しないでください</p> <p>(1) 次の診断を受けた人 全身の真菌症、結核性疾患、反復性鼻出血、感染症</p> <p>(2) 鼻孔が化膿(毛根の感染によって、膿(うみ)がたまり、痛みやはれを伴う)している人</p> <p>(3) 本剤又はフルチカゾンプロピオン酸エステル製剤によりアレルギー症状を起こしたことがある人</p> <p>(4) 15 歳未満の人 (5) 妊婦又は妊娠していると思われる人</p> <p>(6) ステロイド点鼻薬を過去 1 年のうち 3 ヶ月以上使用した人</p> <p>2. 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 3 ヶ月を超えて使用しないでください</p> <p>(3 ヶ月を超えた使用が必要な場合には、他の疾患の可能性ありますので耳鼻咽喉科専門医にご相談ください)</p> <p>3. 本剤と他のステロイド点鼻薬は併用しないでください。ただし、医師から処方された場合は、その指示に従ってください</p> <p>次の人は使用前に医師又は薬剤師に相談してください</p> <p>(1) 医師の治療を受けている人 (2) 減感作療法等、アレルギーの治療を受けている人</p> <p>(3) 頭、額や頬などに痛みがあり、黄色や緑色などの鼻汁のある人(感染性副鼻腔炎)</p> <p>(4) 授乳中の人 (5) 薬などによりアレルギー症状を起こしたことがある人</p> <p>(6) 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人 (7) 高齢者</p> <p>(8) 肥厚性鼻炎や鼻たけ(鼻ポリープ)の人</p> <p>(9) 長期又は大量の全身性ステロイド療法を受けている人</p>
6	薬剤師が必要と判断する事項	

〔注意事項〕

1. 本紙の内容は、お客様が医薬品を購入・選択時に役立たせるために必要な情報です。
2. 法令により、要指導医薬品は必ず、第 1 類医薬品は薬剤師が必要と判断した場合を除いて、情報提供を行います。
3. 服用後、体調に変化等があった場合(副作用など)には服用を中止し、すぐに購入された店舗または薬剤師にご相談下さい。