

リップシリーズをご購入のお客様へ

本剤は、ミノキシジルを有効成分とする発毛剤です。
正しくお使いいただくため、
次のことをお守りください。

★ご購入の前に、裏面のチェックシートで壮年性脱毛症のセルフチェックを行ってください。

★次の場合は本剤を使用しないでください。

- 本剤又は本剤の成分によりアレルギー症状を起こしたことがある人。
- 女性（女性の方はリップシリーズの女性用商品をご使用ください）。
- 未成年者（20歳未満）。
- 壮年性脱毛症以外の脱毛症（例えば、円形脱毛症、甲状腺疾患による脱毛等）の人。
- 原因のわからない脱毛症の人。
- 脱毛が急激であったり、髪が斑状に抜けている人。
- 頭皮にきず、湿疹あるいは炎症（発赤）等がある場合。

★次の方は本剤のご購入前に必ず医師又は薬剤師にご相談ください。

- 高血压・低血压等で現在治療中の方。
- 狭心症等、心臓に障害のある方。
- 甲状腺機能障害（甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症）の方。

★商品を選択する上でわからない点がありましたら必ず薬剤師にご相談ください。

リップシリーズを使用しているときのご注意

★以下のような場合には、ご使用を中止し、医師又は薬剤師にご相談ください。

- 頭皮に発疹・発赤*、かゆみ、かぶれ、ふけ、使用部位の熱感等の症状があらわれた場合。
*:頭皮以外にあらわれることもあります
- 頭痛が起きた場合。
- 胸の痛みがでたり、心拍が早くなったり、気が遠くなったり、めまいが起きた場合。
- 原因のわからない急激な体重増加がみられた場合。
- 手足がむくんだ場合。
- 脱毛状態の悪化や、頭頂部だけでなく側頭部や後頭部などの頭部全体の脱毛、頭髪以外の脱毛、斑状の脱毛、急激な脱毛などがみられた場合。

★リップシリーズ*にはミノキシジル濃度が2種類あります
(ミノキシジル5%/ミノキシジル1%)

臨床試験において、ミノキシジル5%製剤はミノキシジル1%製剤に比べて、副作用（主に接触皮膚炎や湿疹などといった皮膚症状）が多く発現していますが、有効性（毛髪数の変化）は高いことが確認されています。それぞれの薬剤の特徴を充分にご理解いただいたうえで、商品のご購入をお願いします。また、商品を選択するうえでわからない点がございましたら、必ず薬剤師にご相談ください。

*:女性用商品のミノキシジル濃度は1種類です（ミノキシジル1%）

「リップ」をご購入の場合

「リップ」には大容量の120mL入り商品と小容量の60mL入り商品がありますが、かゆみやかぶれなどの好ましくない症状が起こらないことを確認するために、「リップ」のご使用が3本目までの場合は、まずは60mL入り商品のご購入をおすすめいたします。

★ご使用に際しては添付の説明書をよくお読みになり、正しくお使いください。



大正製薬株式会社
東京都豊島区高田3丁目24番1号

<http://www.taisho.co.jp/riup/>

お客様119番室

電話 03-3985-1800

受付時間 8:30~21:00 (土、日、祝日を除く)



セルフチェックシート

リップシリーズのご購入は、薬剤師が承ります。
「セルフチェック」をされた後、
このシートを薬剤師までお持ちください。

〈ご購入カード〉

ご購入店 スタンプ欄

薬剤師印



セルフチェックシート

該当する項目を押し曲げて、薬剤師にお渡しください。

【効能・効果】

壮年性脱毛症における発毛、育毛及び脱毛(抜け毛)の進行予防。

【用法・用量】

◎リップX5プラス、リッププラス、リップ
成人男性(20歳以上)が、1日2回、1回1mLを脱毛している頭皮に塗布する。

◎リップジェット
成人男性(20歳以上)が、1日2回、1回薬液1mL(15噴射)を脱毛している頭皮に噴射する。

【成分・分量】薬液100mL中

リップX5プラス (販売名:リップX5プラスローション)

ミノキシジル5.0g、ビリドキシン塩酸塩0.05g、トコフェロール酢酸エチル0.08g、L-メントール0.3g
添加物:セタール、1,3-ブチレングリコール、ジチルヒドロキシトルエン、リン酸、エタノール

リップジェット

ミノキシジル1.0g、パンテニールエチルエーテル1.0g、
トコフェロール酢酸エチル0.08g、L-メントール0.3g
(内容量)100mL中には薬液67mL、噴射剤33mLを配合)

リッププラス

ミノキシジル1.0g、パンテニールエチルエーテル1.0g、
トコフェロール酢酸エチル0.08g、L-メントール0.3g
添加物:カミツ油、1,3-ブチレングリコール、クエン酸、エタノール

リップ

ミノキシジル1.0g
添加物:プロビレングリコール、エタノール

薬剤師による説明を受けて「リップX5プラス」「リップジェット」「リッププラス」「リップ」をご購入されたお客様にお渡ししているカードです。
【次回ご購入の際、薬剤師へご提示ください】
ご購入に関して気になる点、ご不明な点がございましたら、いつでもご相談ください。
※このカードはご本人のみ
有効です。

第1類医薬品

お名前

ご購入商品
リップX5プラス リップジェット リッププラス リップ

[ご購入記録(薬剤師記入欄)]

1	年	月	日	7	年	月	日
2	年	月	日	8	年	月	日
3	年	月	日	9	年	月	日
4	年	月	日	10	年	月	日
5	年	月	日	11	年	月	日
6	年	月	日	12	年	月	日

お店の方へ

お客様による説明を実施し、ご購入いただき
る際のカードを切り取ってお渡しください。

ご購入商品をお選びください。

リップX5プラス
リップジェット
リッププラス
リップ

本剤又は本剤の成分により
アレルギー症状を起こしたことがある。

女性である。

20歳未満である。

頭髪が簡単に抜けてしまったり、
脱毛の部分が円形や椿円形で、
脱毛部分にうぶ毛がない。

急激に脱毛している。

頭皮にきず、湿疹あるいは
炎症(発赤)がある。

以下のようなパターンの脱毛あるいは
薄毛ではない。



家族、兄弟姉妹に
壮年性脱毛症の人はいない。

高血圧・低血圧で現在治療を受けている。
狭心症等、心臓に障害がある。

甲状腺機能障害(甲状腺機能低下症、
甲状腺機能亢進症)の診断を受けている。

薬や化粧品などによりアレルギー症状(例えは、
発疹・発赤、かゆみ、かぶれなど)を起こした
ことがある。高血圧又は低血圧である。
心臓や腎臓に障害がある。むくみがある。

上記のいずれにも該当しない。または
該当したG~Kについて相談済みである。

A あてはまる
使用しないでください。

B あてはまる
「リップX5プラス」「リップジェット」「リッププラス」「リップ」は男性用です。
女性の方はリップシリーズの女性用商品のチェックシートをご利用ください。

C あてはまる
使用しないでください。
(国内での使用経験がありません。)

D あてはまる
使用しないでください。
(壮年性脱毛症以外の要因による)
(脱毛症の可能性があります。)

E あてはまる
きず、湿疹あるいは炎症(発赤)を
治してから再確認してください。
(きず等を悪化させることができます。)

F あてはまる
使用しないか、使用する前に、
医師又は薬剤師にご相談ください。
(壮年性脱毛症以外の要因による)
(脱毛症の可能性があります。)

G あてはまる
使用を控えることをおすすめします。使用する
場合は、必ず医師又は薬剤師にご相談ください。
(高血圧に影響を及ぼす可能性が考えられます。)

H あてはまる
使用する前に、医師又は薬剤師に
ご相談ください。
(甲状腺疾患による脱毛の可能性があります。)

I あてはまる
使用する前に、医師又は薬剤師に
ご相談ください。
(副作用の発現率が高くなる可能性があります。)

J あてはまる
使用する前に、医師又は薬剤師に
ご相談ください。
(甲状腺疾患による脱毛の可能性があります。)

K あてはまる
使用する前に、医師又は薬剤師に
ご相談ください。
(副作用の発現率が高くなる可能性があります。)

L はい
使用上の注意や製品パッケージに
記載された事項をよくお読みになり、
ご購入ください。

65歳以上の方へ

一般に高齢者では好ましくない症状が発現しやすくなるため、
使用する前に、医師又は薬剤師にご相談ください。