

# 乳癌化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

|      |  |   |    |      |
|------|--|---|----|------|
| 患者氏名 |  | 歳 | ID | 担当医師 |
|------|--|---|----|------|

術前化学療法 術後化学療法 切除不能癌 再発・転移

|    |    |    |    |      |    |
|----|----|----|----|------|----|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 体表面積 | m2 |
|----|----|----|----|------|----|

化学療法レジメン **AC療法 1サイクル 21日 投与日 day 1**

|                             |           |           |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| <b>A</b> ドキソルビシン(アドリアマイシン)  | 60 mg/m2  | 投与日 day 1 |
| <b>C</b> シクロフォスファミド(エンドキサン) | 600 mg/m2 | 投与日 day 1 |

|                            |       |         |
|----------------------------|-------|---------|
| <b>ADM</b> <b>アドリアマイシン</b> | mg/m2 | mg/body |
| <b>CPA</b> <b>エンドキサン</b>   | mg/m2 | mg/body |

化学療法開始日 年 月 日  同意書作成  
 注射投与経路 末梢血管確保 CVポート 予定回数 サイクル

| 薬剤  | 投与法            | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
|---|----------------|--|--|--|--|--|--|--|
|   |                | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  |
|   |                | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 |
| ① グラニセトロン 1mg<br>プロイメド <sup>®</sup> 150mg<br>デキサート 9.9mg<br>生食 50ml | 点滴静注<br>30分    | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ② <b>アドリアマイシン</b><br>mg<br>5%ブドウ糖溶液 100ml                           | 点滴静注<br>10~30分 | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ③ <b>エンドキサン</b><br>mg<br>5%ブドウ糖溶液 250ml                             | 点滴静注<br>60分    | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ④ 生食 100ml  | 5~10分          | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |

## 特記事項

※ 目標サイクル数 : 4サイクル

※ 主な副作用

① **心毒性**: アンスラサイクリンの心毒性は蓄積性に生じ、一定の総投与量を超えると心筋の収縮能が低下してうっ血性心不全を起こす。持続的な頻脈は心不全の兆候として注意。投与前に心エコーにて心機能をチェック。**ドキソルビシンの安全な総投与量は450mg/m2が上限**

② 嘔気、食欲低下は8割に出現。Grade2以上の食欲低下は2割程度。

予防投与 カイトリル2mg 1日1回内服、ペラプリン6錠 分3

(3日分) デカドロン4mgずつ2錠 朝、夕分2(糖尿病、胃潰瘍合併症例は使用しない)

③ 好中球減少症: アンスラサイクリン投与後、2週頃に白血球、好中球が最も減少する。

④ 脱毛 : 80~90% 治療開始後2~3週後から出現。

⑤ アンスラサイクリンは、組織障害性の最も強い壊死性抗癌剤に分類されており、点滴ルート確保には細心の注意を要する。

外来看護師

薬剤部

抗がん剤治療を受けられる方へ  
＜化学療法治療計画書および同意書＞

様

健和会大手町病院外科

乳がんの治療に対して貴方の受けられる治療は、  
**アドリアマイシン／シクロフォスファミド AC療法**です

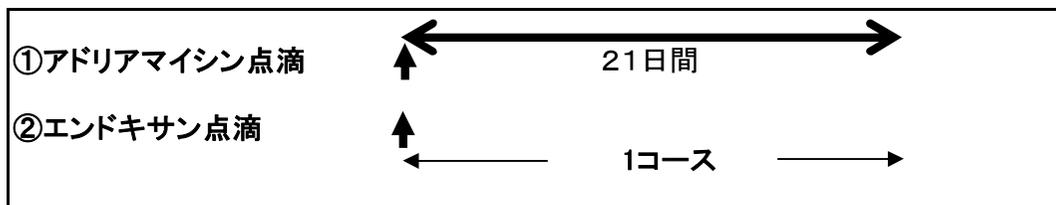
◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

グラニセトロン(制吐剤)＋ デキサート(ステロイド)＋プロイメンド 30分点滴

◎この治療に使われる抗がん剤

- |                      |    |     |        |
|----------------------|----|-----|--------|
| ①アドリアマイシン (ドキシソルビシン) | 点滴 | 30分 | 1回／3週間 |
| ②エンドキサン (シクロフォスファミド) | 点滴 | 60分 | 1回／3週間 |

◎抗がん剤投与スケジュール(1サイクル)



◎化学療法予定期間： 4コース

◎主な副作用

- ① 嘔気、食欲低下は8割に出現。Grade2以上の食欲低下は2割程度。
- ② 脱毛： 80～90% 治療開始後2～3週後から出現。
- ③ 好中球減少症：アンスラサイクリン投与後、2週頃に白血球、好中球が最も減少。
- ④ 心毒性：アンスラサイクリンの心毒性は蓄積性に生じ、一定の総投与量を超えると心筋の収縮能が低下してうっ血性心不全を起こすことがあります。
- ⑤ アンスラサイクリンは、組織障害性の最も強い壊死性抗癌剤に分類されており、点滴漏れで皮膚潰瘍に至ることがあります。

説明医師 \_\_\_\_\_

担当看護師 \_\_\_\_\_

この抗がん剤治療に関して、必要性、スケジュール内容、副作用を十分理解の上、治療を受けることに同意いたします。

同意日 年 月 日 患者様氏名

# 乳癌化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

|      |  |   |    |      |
|------|--|---|----|------|
| 患者氏名 |  | 歳 | ID | 担当医師 |
|------|--|---|----|------|

術前化学療法 術後化学療法 切除不能癌 再発・転移

|    |    |    |    |      |    |
|----|----|----|----|------|----|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 体表面積 | m2 |
|----|----|----|----|------|----|

化学療法レジメン **EC療法 1サイクル 21日 投与日 day 1**

|                             |           |           |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| <b>E</b> エピルビシン(ファルモルビシン)   | 100 mg/m2 | 投与日 day 1 |
| <b>C</b> シクロフォスファミド(エンドキサン) | 600 mg/m2 | 投与日 day 1 |

|                            |       |         |
|----------------------------|-------|---------|
| <b>EPI</b> <b>ファルモルビシン</b> | mg/m2 | mg/body |
| <b>CPA</b> <b>エンドキサン</b>   | mg/m2 | mg/body |

化学療法開始日 年 月 日  同意書作成

注射投与経路 末梢血管確保 CVポート 予定回数 サイクル

| 薬剤                                      | 投与法            | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
|---|----------------|--|--|--|--|--|--|--|
|   |                | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  |
|   |                | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 |
| ① アロキシ 0.75mg<br>デキサート 6.6mg            | 点滴静注<br>30分    | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ② <b>ファルモルビシン</b><br>mg<br>生食 100ml     | 点滴静注<br>10~30分 | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ③ <b>エンドキサン</b><br>mg<br>5%ブドウ糖溶液 250ml | 点滴静注<br>60分    | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ④ 生食 100ml                              | 5~10分          | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |

## 特記事項

※ 目標サイクル数 : 4サイクル

※ 主な副作用

- ① **心毒性**: アンスラサイクリンの心毒性は蓄積性に生じ、一定の総投与量を超えると心筋の収縮能が低下してうっ血性心不全を起こす。持続的な頻脈は心不全の兆候として注意。投与前に心エコーにて心機能をチェック。**エピルビシンの安全な総投与量は800mg/m2が上限**
- ② 嘔気、食欲低下は8割に出現。Grade2以上の食欲低下は2割程度。  
予防投与 カイトリル2mg 1日1回内服、ペラプリン6錠 分3  
(3日分) デカドロン4mgずつ2錠 朝、夕分2(糖尿病、胃潰瘍合併症例は使用しない)
- ③ 好中球減少症: アンスラサイクリン投与後、2週頃に白血球、好中球が最も減少する。
- ④ 脱毛 : 80~90% 治療開始後2~3週後から出現。
- ⑤ アンスラサイクリンは、組織障害性の最も強い壊死性抗癌剤に分類されており、点滴ルート確保には細心の注意を要する。

外来看護師

薬剤部

抗がん剤治療を受けられる方へ  
＜化学療法治療計画書および同意書＞

様

健和会大手町病院外科

乳がんの治療に対して貴方の受けられる治療は、  
**エピルビシン／シクロフォスファミド EC療法**です

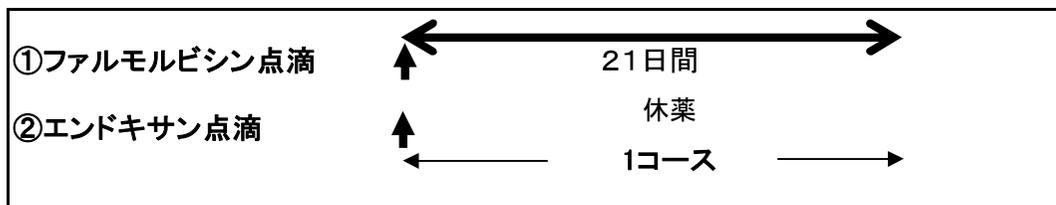
◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

アロキシ(制吐剤) + デキサート(ステロイド) 30分点滴

◎この治療に使われる抗がん剤

|                      |    |     |        |
|----------------------|----|-----|--------|
| ①ファルモルピシン (エピルビシン)   | 点滴 | 30分 | 1回／3週間 |
| ②エンドキサン (シクロフォスファミド) | 点滴 | 60分 | 1回／3週間 |

◎抗がん剤投与スケジュール(1サイクル)



◎化学療法予定期間： 4コース

◎主な副作用

- ① 嘔気、食欲低下は8割に出現。Grade2以上の食欲低下は2割程度。
- ② 脱毛： 80～90% 治療開始後2～3週後から出現。
- ③ 好中球減少症：アンスラサイクリン投与後、2週頃に白血球、好中球が最も減少。
- ④ 心毒性：アンスラサイクリンの心毒性は蓄積性に生じ、一定の総投与量を超えると心筋の収縮能が低下してうっ血性心不全を起こすことがあります。
- ⑤ アンスラサイクリンは、組織障害性の最も強い壊死性抗癌剤に分類されており、点滴漏れで皮膚潰瘍に至ることがあります。

説明日 年 月 日

説明医師 \_\_\_\_\_ 担当看護師 \_\_\_\_\_

この抗がん剤治療に関して、必要性、スケジュール内容、副作用を十分理解の上、治療を受けることに同意いたします。

同意日 年 月 日 患者様氏名 \_\_\_\_\_

# 乳癌化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

|      |  |   |    |      |
|------|--|---|----|------|
| 患者氏名 |  | 歳 | ID | 担当医師 |
|------|--|---|----|------|

術前化学療法 術後化学療法 切除不能癌 再発・転移

|    |    |    |    |      |    |
|----|----|----|----|------|----|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 体表面積 | m2 |
|----|----|----|----|------|----|

化学療法レジメン **FEC療法 1サイクル 21日 投与日 day 1**

|             |                            |                  |         |
|-------------|----------------------------|------------------|---------|
| <b>EPI</b>  | <b>エピルビシン (ファルモルビシン)</b>   | <b>100 mg/m2</b> | mg/body |
| <b>CPA</b>  | <b>シクロフォスファミド (エンドキサン)</b> | <b>600 mg/m2</b> | mg/body |
| <b>5-FU</b> | <b>フルオロウラシル</b>            | <b>500 mg/m2</b> | mg/body |

化学療法開始日 年 月 日  同意書作成

注射投与経路 末梢血管確保 CVポート 予定回数 サイクル

| 薬剤   | 投与法            | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|
|  |                | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  |
|  |                | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 |
| ①<br>グラニセトロン 1mg<br>プロイメンド 150mg<br>デキサート 9.9mg<br>生食 50ml | 点滴静注<br>30分    | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ②<br><b>ファルモルビシン</b><br>mg<br>生食 100ml                     | 点滴静注<br>10~30分 | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ③<br><b>エンドキサン</b><br>mg<br>5%ブドウ糖溶液 250ml                 | 点滴静注<br>60分    | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ④<br><b>5-FU</b><br>mg<br>生食 100ml                         | 点滴静注<br>30分    | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ④<br>生食 100ml  | 5~10分          | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |

## 特記事項

※ 目標サイクル数 : 6サイクル

※ 主な副作用

① **心毒性**: アンスラサイクリンの心毒性は蓄積性に生じ、一定の総投与量を超えると心筋の収縮能が低下してうっ血性心不全を起こす。持続的な頻脈は心不全の兆候として注意。投与前に心エコーにて心機能をチェック。**エピルビシンの安全な総投与量は800mg/m2が上限**

② 嘔気、食欲低下は8割に出現。Grade2以上の食欲低下は2割程度。

予防投与 カイトリル2mg 1日1回内服、ペラプリン6錠 分3

(3日分) デカドロン4mgずつ2錠 朝、夕分2(糖尿病、胃潰瘍合併症例は使用しない)

③ 好中球減少症: アンスラサイクリン投与後、2週頃に白血球、好中球が最も減少する。

④ 脱毛 : 80~90% 治療開始後2~3週後から出現。

⑤ アンスラサイクリンは、組織障害性の最も強い壊死性抗癌剤に分類されており、点滴ルート確保には細心の注意を要する。

外来看護師

薬剤部

# 抗がん剤治療を受けられる方へ

## <化学療法治療計画書および同意書>

様

健和会大手町病院外科

乳がんの治療に対して貴方の受けられる治療は、  
**フルオロウラシル／エピルビシン／シクロフォスファミド FEC療法**です

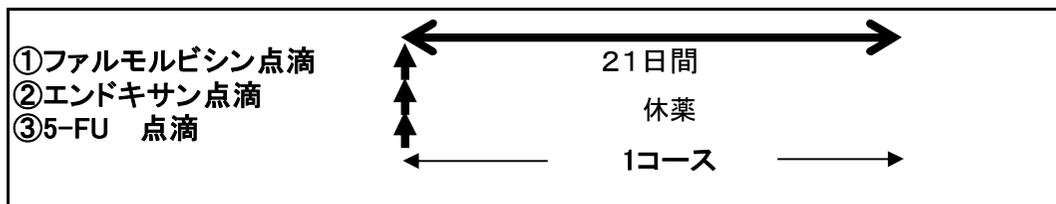
◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

グラニセトン(制吐剤) + デキサート(ステロイド) + プロイメンド 30分点滴

◎この治療に使われる抗がん剤

|                      |    |     |        |
|----------------------|----|-----|--------|
| ①ファルモルピシン (エピルビシン)   | 点滴 | 30分 | 1回／3週間 |
| ②エンドキサン (シクロフォスファミド) | 点滴 | 60分 | 1回／3週間 |
| ③5-FU (フルオロウラシル)     | 点滴 | 30分 | 1回／3週間 |

◎抗がん剤投与スケジュール(1サイクル)



◎化学療法予定期間: 6コース

◎主な副作用

- ① 嘔気、食欲低下は8割に出現。Grade2以上の食欲低下は2割程度。
- ② 脱毛 : 80~90% 治療開始後2~3週後から出現。
- ③ 好中球減少症 : アンスラサイクリン投与後、2週頃に白血球、好中球が最も減少。
- ④ 心毒性: アンスラサイクリンの心毒性は蓄積性に生じ、一定の総投与量を超えると心筋の収縮能が低下してうっ血性心不全を起こすことがあります。
- ⑤ アンスラサイクリンは、**組織障害性**の最も強い壊死性抗癌剤に分類されており、点滴漏れで皮膚潰瘍に至ることがあります。

説明日 年 月 日

説明医師 \_\_\_\_\_

担当看護師 \_\_\_\_\_

この抗がん剤治療に関して、必要性、スケジュール内容、副作用を十分理解の上、治療を受けることに同意いたします。

同意日 年 月 日 患者様氏名 \_\_\_\_\_

# 乳癌化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

No.1

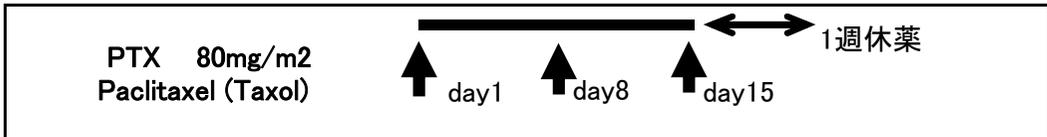
|      |  |   |    |      |
|------|--|---|----|------|
| 患者氏名 |  | 歳 | ID | 担当医師 |
|------|--|---|----|------|

術前化学療法 術後化学療法 切除不能癌 再発・転移

|    |    |    |    |      |    |
|----|----|----|----|------|----|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 体表面積 | m2 |
|----|----|----|----|------|----|

## 化学療法レジメン

**Weekly PTX (Taxol) 単独療法**  
**アンスラサイクリン系4サイクル後の追加治療**



※ 目標サイクル : 4サイクル

|                    |       |         |
|--------------------|-------|---------|
| <b>PTX パクリタキセル</b> | mg/m2 | mg/body |
|--------------------|-------|---------|

化学療法開始日                      年    月    日                       同意書作成

注射投与経路    末梢血管確保    CVポート    予定回数                      サイクル

| 薬剤                                 | 投与法       | 月/日  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                    |           | サイクル   |  |  | サイクル   |  |  | サイクル   |  |  |
|                                    |           | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  |
| ① グラニセトロン1mg<br>デキサート 6.6mg        | 30分<br>点滴 | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 |
| ② ガモファー1A<br>ボラミン 1A<br>生食 20ml    | 静注        | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 |
| ③ <b>パクリタキセル</b><br>mg<br>生食 250ml | 60分<br>点滴 | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 |
| ④ 生食 100ml                         | 5~10分     | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 |

※ アンスラサイクリン系薬剤4サイクル(AC4, EC4)治療後に、タキサン系薬剤4サイクルの上乗せ治療が合理的であり、治療効果が証明されている。

### ※ Paclitaxelの特徴

毒性は比較的軽度で外来治療が十分可能

**蓄積性の末梢神経障害**(口腔周囲の感覚障害、手足の障害)が出現することがある

担当看護師

薬剤部

# 乳癌化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

No.2

|      |  |   |    |      |
|------|--|---|----|------|
| 患者氏名 |  | 歳 | ID | 担当医師 |
|------|--|---|----|------|

## 投薬内容

継続    薬剤容量変更    副作用によるスケジュール変更

## 化学療法レジメン

**Weekly PTX (Taxol) 単独療法**  
**アンスラサイクリン系4サイクル後の追加治療**

薬剤容量変更 あり なし

|                    |                   |         |
|--------------------|-------------------|---------|
| <b>PTX パクリタキセル</b> | mg/m <sup>2</sup> | mg/body |
|--------------------|-------------------|---------|

注射投与経路    末梢血管確保    CVポート

| 薬剤                                 | 月/日 | サイクル   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                    |     | サイクル   |  |  | サイクル   |  |  | サイクル   |  |  |
|                                    |     | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  |
|                                    |     | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 |
| ① グラニセトロン1mg<br>デキササート 6.6mg       |     | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ② ガモファー1A<br>ポララミン 1A<br>生食 20ml   |     | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ③ <b>パクリタキセル</b><br>mg<br>生食 250ml |     | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ④ 生食 100ml                         |     | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |

|   | 月/日 | サイクル   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   |     | サイクル   |  |  | サイクル   |  |  | サイクル   |  |  | サイクル   |  |  |
|   |     | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  |
|   |     | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 |
| ① |     | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ② |     | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ③ |     | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ④ |     | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |

担当看護師

薬剤部

抗がん剤治療を受けられる方へ  
＜化学療法治療計画書および同意書＞

様

健和会大手町病院外科

乳がんの治療に対して貴方の受けられる治療は、  
**Weekly PTX (Taxol) 単独療法**です  
(アンストラサイクリン系化学療法後の追加治療として)

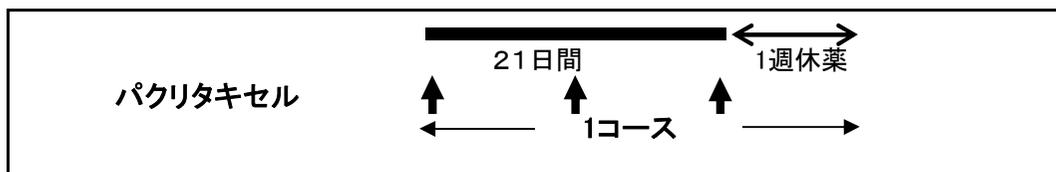
◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

グラニセロン(制吐剤) + デキサート(ステロイド) 30分点滴

◎この治療に使われる抗がん剤

パクリタキセル PTX 点滴 60分 1回/週 × 3週

◎抗がん剤投与スケジュール(1サイクル)



◎化学療法予定期間: 4コース

※アンストラサイクリン系薬剤4サイクル(AC4, EC4)治療後に、タキサン系薬剤4サイクルの上乗せ治療が合理的であり、治療効果が証明されている。

◎主な副作用

**Paclitaxelの特徴**

毒性は比較的軽度で外来治療が十分可能

**蓄積性の末梢神経障害**(口腔周囲の感覚障害、手足の障害)が出現することがある

説明日 年 月 日

説明医師 \_\_\_\_\_ 担当看護師 \_\_\_\_\_

この抗がん剤治療に関して、必要性、スケジュール内容、副作用を十分理解の上、治療を受けることに同意いたします。

同意日 年 月 日 患者様氏名 \_\_\_\_\_

# 乳がん化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

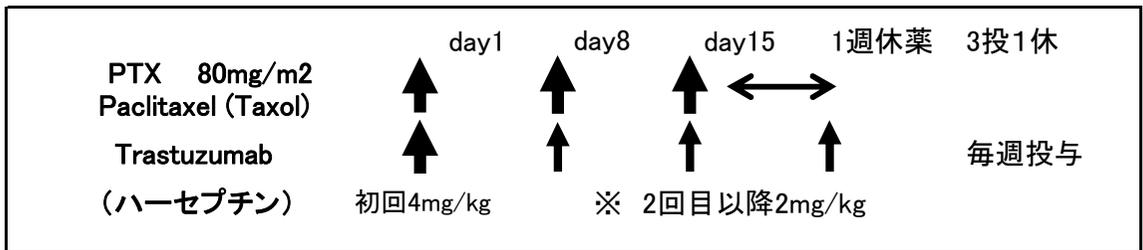
No.1

|      |  |   |    |      |
|------|--|---|----|------|
| 患者氏名 |  | 歳 | ID | 担当医師 |
|------|--|---|----|------|

再発・転移 ( 術前化学療法 術後化学療法 切除不能癌 )

|    |    |    |    |      |    |
|----|----|----|----|------|----|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 体表面積 | m2 |
|----|----|----|----|------|----|

## 化学療法レジメン **トラスツズマブ(HER)+ PTX (Taxol) 療法**



|                    |                           |                             |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
| <b>PTX パクリタキセル</b> | mg/m2                     | mg/body                     |
| <b>ハーセプチン</b>      | 初回 4mg/kg<br>2回目以降 2mg/kg | 初回 mg/body<br>2回目以降 mg/body |

化学療法開始日 年 月 日  同意書作成

注射投与経路 末梢血管確保 CVポート 予定回数 サイクル

| 薬剤                                 | 投与法   | 1コース   |  |  |  | 2コース   |  |  |  |
|------------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                    |       | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  |
|                                    |       | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 |
| ① グラニセトロン 1キット<br>デキサート6.6mg       | 30分点滴 | ◎  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ② ガモファー1A<br>ポラミン 1A<br>生食 20ml    | 静注    | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ③ <b>ハーセプチン</b><br>生食 250ml        | 60分点滴 | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ④ <b>パクリタキセル</b><br>mg<br>生食 250ml | 60分点滴 | ○  | ○  | ○  | /  | ○  | ○  | ○  | /  |
| ⑤ 生食 100ml                         | 5~10分 | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |

担当看護師

薬剤部

# 乳がん化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

No.2

|      |  |   |    |      |
|------|--|---|----|------|
| 患者氏名 |  | 歳 | ID | 担当医師 |
|------|--|---|----|------|

投薬内容  継続  薬剤容量変更  副作用によるスケジュール変更

## 化学療法レジメン **トラスツズマブ(HER)+ PTX (Taxol) 療法**

薬剤容量変更  あり  なし

|                    |                   |         |
|--------------------|-------------------|---------|
| <b>PTX パクリタキセル</b> | mg/m <sup>2</sup> | mg/body |
| <b>ハーセプチン</b>      | 2mg/kg            | mg/body |

注射投与経路  末梢血管確保  CVポート 予定回数 サイクル

|   | 3コース   |  |  |  | 4コース   |  |  |  | 5コース   |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  | /  |
|   | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 |
| ① | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ② | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ③ | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| ④ | ○  | ○  | ○  | /  | ○  | ○  | ○  | /  | ○  | ○  | ○  | /  |
| ⑤ | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |

### 特記事項

※ 再発転移性乳がんあるいはstageIVの進行性乳癌で、HER2過剰発現が認められる場合の初回化学療法。

※ 5コースを目標

※ 主な副作用

① **infusion reaction** :発現率は40%。初回のTrastuzumab投与時に、悪寒・発熱などが出現することがあり、過敏反応と考えられている。重篤な場合はhydrocortisoneを投与する。

初回のTrastuzumab投与は入院治療が望ましい。

② **悪心・嘔吐** :頻度は約50%。重篤なものは少ない。

③ **末梢神経障害** :発現率約50%。PTXによる神経毒性が主体。一旦出現すると投与中止後も数ヶ月遷延化する。対処療法としてclonazepamや芍薬甘草湯などを投与。

④ **心不全** :約15%。用量依存性ではないため、化学療法中止後、利尿薬などで標準的な心不全の治療で開腹するケースが多い。

⑤ **脱毛** :約60%。治療開始後2~3週間で脱毛が始まる。

担当看護師

薬剤部

抗がん剤治療を受けられる方へ  
＜化学療法治療計画書および同意書＞

様

健和会大手町病院外科

乳がんの治療に対して貴方の受けられる治療は、  
**トラスツズマブ+ PTX (Taxol) 療法**です

◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

グラニセトン(制吐剤) + デキサート(ステロイド) 30分点滴

◎抗がん剤投与スケジュール : 毎週1回点滴治療(1サイクル)  
下記処方内容を繰り返す

|                 |  |
|-----------------|--|
| パクリタキセル PTX     | 点滴 1回/週 × 3週間連続<br>1週休業後に繰り返す          |
| ハーセプチン(トラスツズマブ) | ※ 初回4mg/kg 2回目以降2mg/kg<br>毎週1回の治療を繰り返す |

◎化学療法予定期間: 5コースを目標

◎再発転移性乳がんあるいはstageIVの進行性乳癌で、HER2過剰発現が認められる場合の初回化学療法。

◎主な副作用

- ①infusion reaction : 発現率は40%。初回のTrastuzumab投与時に、悪寒・発熱などが出現することがあり、過敏反応と考えられている。
- ②悪心・嘔吐 : 頻度は約50%。重篤なものは少ない。
- ③パクリタキセルによる副作用 : **蓄積性の末梢神経障害**(口腔周囲の感覚障害、手足の障害)が出現することがある
- ④骨髄抑制(好中球減少症) : 白血球3,000未満もしくは好中球1,000未満の場合は化学療法を中止・延期します。

説明日 年 月 日

説明医師 \_\_\_\_\_ 担当看護師 \_\_\_\_\_

この抗がん剤治療に関して、必要性、スケジュール内容、副作用を十分理解の上、治療を受けることに同意いたします。

同意日 年 月 日 患者様氏名 \_\_\_\_\_