

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	m ²
----	----	----	----	------	----------------

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

EPI	エピルビシン (ファルモルビシン)	100 mg/m ²	mg/body
CPA	シクロフォスファミド (エンドキサン)	600 mg/m ²	mg/body
5-FU	フルオロウラシル	500 mg/m ²	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 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
① グラニセトロン 1mg プロイメンド 150mg デキサート 9.9mg	点滴静注 30分	○	○	○	○	○	○	○
② ファルモルビシン mg 生食 100ml	点滴静注 10~30分	○	○	○	○	○	○	○
③ エンドキサン mg 5%ブドウ糖溶液 250ml	点滴静注 60分	○	○	○	○	○	○	○
④ 5-FU mg 生食 100ml	点滴静注 30分	○	○	○	○	○	○	○
④ 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

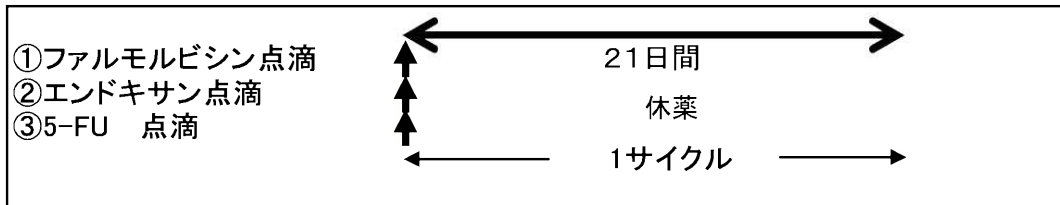
◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

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サイクル

◎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 _____