

膵・胆道癌化学療法治療計画書

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 **GEM 単独療法**

薬剤容量変更 あり なし

GEM gemcitabine ゲムシタピン	mg/m ²	mg/body
---	-------------------	---------

注射投与経路 末梢血管確保 CVポート 予定回数 クール

薬剤	月/日								
	クール			クール			クール		
	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来								
② グラニセトロン 1mg 1キット デキサート6.6mg	○	○	○	○	○	○	○	○	○
③ ゲムシタピン mg 生食 100ml	○	○	○	○	○	○	○	○	○

	クール			クール			クール			クール		
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来											
①	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
②	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

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・消化器科

癌の治療に対して貴方の受けられる治療は、**GEM 単独療法**です

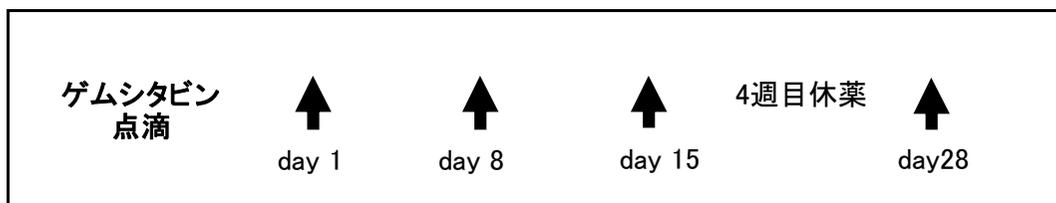
◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

グラニセトロン(制吐剤) + デキサート(ステロイド) 30分点滴

◎この治療に使われる抗がん剤

ゲムシタビン GEM 点滴 90分 週1回 3週間

◎抗がん剤投与スケジュール(1クール)



◎この治療を 1クール行う予定です。

◎主な副作用

1. 骨髄抑制(白血球減少、好中球減少)
2. 悪心・嘔気
3. 食欲不振

※副作用症状が軽度の場合は、十分な注意の上治療を継続いたします。
※副作用が強く急激な変化を認めた場合は、中止もしくは延期いたします。

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 _____

膵・胆道癌化学療法治療計画書

健和会大手町病院外科

No.1

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

膵癌 胆道癌 : 切除不能癌 再発・転移 術後化学療法

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

化学療法レジメン TS-1/ GEM 療法



TS-1 ティーエスワン	mg/m2	mg/body
GEM gemcitabine ゲムシタビン	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 クール

薬剤	投与法	月/日								
		クール			クール			クール		
		/	/	/	/	/	/	/	/	/
① TS-1 mg	内服2週間	<input type="checkbox"/>								
② グラニセトロン 1mg 1キット デキサート6.6mg	30分点滴	<input type="checkbox"/>								
③ ゲムシタビン mg 生食 100ml	30分点滴	<input type="checkbox"/>								

奏功率 50% (PhaseII Study, NakamuraらASCO 2005)

主な副作用

好中球減少 悪心・嘔気 食欲不振

担当看護師

薬剤部

膵・胆道癌化学療法治療計画書

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 **TS-1/ GEM 療法**

TS-1 ティーエスワン	mg/m ²	mg/body
GEM gemcitabine ゲムシタピン	mg/m ²	mg/body

注射投与経路 末梢血管確保 CVポート

薬剤	月/日								
	クール			クール			クール		
	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来								
① TS-1 mg	○	→		○	→		○	→	
② グラニセトロン 1mg 1キット デキサート6.6mg		○	○		○	○		○	○
③ ゲムシタピン mg 生食 100ml		○	○		○	○		○	○

	クール			クール			クール			クール		
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来											
①	○	→		○	→		○	→		○	→	
②		○	○		○	○		○	○		○	○
③		○	○		○	○		○	○		○	○

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・消化器科

癌の治療に対して貴方の受けられる治療は、**TS-1/ GEM 療法**です

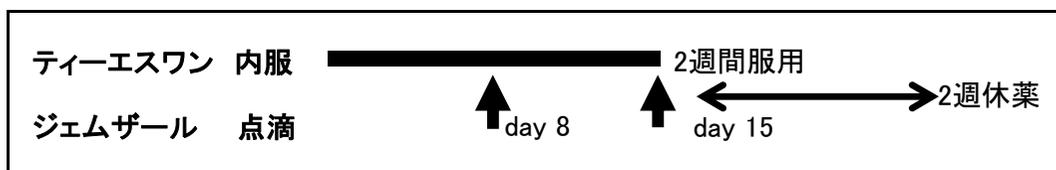
◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

グラニセトン(制吐剤) + デキサート(ステロイド) 30分点滴

◎この治療に使われる抗がん剤

①ティーエスワン TS-1 飲み薬 朝、夕食後に2錠ずつ服用
②ジェムザール GEM 点滴 90分 8日目、15日目

◎抗がん剤投与スケジュール(1クール)



◎この治療を クール行う予定です。

◎主な副作用

1. 骨髄抑制(白血球減少、好中球減少)
2. 悪心・嘔気
3. 食欲不振

※副作用症状が軽度の場合は、十分な注意の上治療を継続いたします。
※副作用が強く急激な変化を認めた場合は、中止もしくは延期いたします。

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 _____

膵・胆道癌化学療法治療計画書

健和会大手町病院外科

No.1

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

膵癌 胆道癌 : 切除不能癌 再発・転移 術後化学療法

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

化学療法レジメン **GEM/CDDP (GC) 療法**

GEM 1000mg/m2	day1	day8	day15	←→1週休薬
CDDP 25mg/m2	↑	↑		21日間1サイクル

GEM ゲムシタビン	mg/m2	mg/body
CDDP シスプラチン	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 クール

薬剤	投与法	月/日								
		クール			クール			クール		
		/	/	/	/	/	/	/	/	/
① アロキシ 0.75mg デキササート6.6mg	30分点滴	<input type="checkbox"/>								
② ゲムシタビン mg 生食 100ml	30分点滴	<input type="checkbox"/>								
③ ゲムシタビン mg 生食 250ml	60分点滴	<input type="checkbox"/>								
④ ソルデム3A200ml プリンペラン1A	60分点滴	<input type="checkbox"/>								

主な副作用

好中球減少 貧血 悪心・嘔気 食欲不振 蓄積性毒性(腎機能障害)

担当看護師

薬剤部

膵・胆道癌化学療法治療計画書

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 **GEM/CDDP (GC) 療法**

GEM ゲムシタビン	mg/m ²	mg/body
CDDP シスプラチン	mg/m ²	mg/body

薬剤	月/日	クール			クール			クール		
		/	/	/	/	/	/	/	/	/
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来								
		①	アロキシ 0.75mg デキサート6.6mg	○	○		○	○		○
②	ゲムシタビン mg 生食 100ml	○	○		○	○		○	○	
③	シスプラチン mg 生食 250ml	○	○		○	○		○	○	
④	ソルデム3A200ml プリンペラン1A	○	○		○	○		○	○	

薬剤	月/日	クール			クール			クール			クール		
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		<input type="checkbox"/> 入院 <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・消化器科

癌の治療に対して貴方の受けられる治療は、**GEM / CDDP 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ゲムシタビン	GEM	点滴	90分	1日目、8日目
②シスプラチン	CDDP	点滴	60分	1日目、8日目

◎抗がん剤投与スケジュール(1クール)

GEM 1000mg/m ²	↑	day1	↑	day8	←	day15	→	1週休薬
CDDP 25mg/m ²	↑		↑					21日間1サイクル

◎この治療を クール行う予定です。

◎主な副作用

1. 骨髄抑制(白血球減少、好中球減少)
2. 貧血
2. 悪心・嘔気
3. 食欲不振
4. 蓄積性毒性(腎機能障害)

※副作用症状が軽度の場合は、十分な注意の上治療を継続いたします。

※副作用が強く急激な変化を認めた場合は、中止もしくは延期いたします。

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 _____