

胃癌化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

No.1

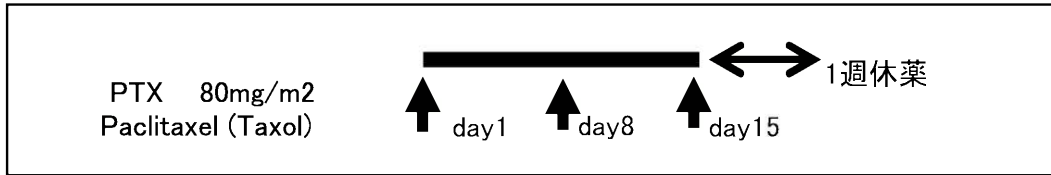
患者氏名		歳	ID	担当医師
------	--	---	----	------

胃癌 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	m ²
----	----	----	----	------	----------------

化学療法レジメン

Weekly PTX (Taxol) 単独療法



PTX パクリタキセル	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 クール

薬剤	投与法	月/日							
		コース				コース			
		/	/	/	/	/	/	/	/
① グラニセトロン1mg 1キット + デキササート 6.6mg	30分点滴	<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	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
② ガモファー1A ポラミン 1A 生食 20ml	静注	<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	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
③ パクリタキセル mg 生食 250ml	60分~120分 点滴	<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	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来

Paclitaxelの特徴

- ※ タキサン系の特徴として静脈内投与下においても腹腔内への薬剤の移行性が良好
- ※ 奏効率において組織型(未分化型/分化型)での差がみられないことから、腹膜転移症例への効果が期待できる
- ※ 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

胃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

PTX パクリタキセル	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							
		コース				コース			
		/	/	/	/	/	/	/	/
		<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	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
①	グラニセトン1mg 1キット + デキサート 6.6mg	○	○	○		○	○	○	
②	ガモファー1A ポラミン 1A 生食 20ml	○	○	○		○	○	○	
③	パクリタキセル mg 生食 250ml	○	○	○		○	○	○	

		月/日											
		コース				コース				コース			
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		<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	<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		○	○	○		○	○	○		○	○	○	
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

胃癌の治療に対して貴方の受けられる治療は、**Weekly PTX単独療法**です

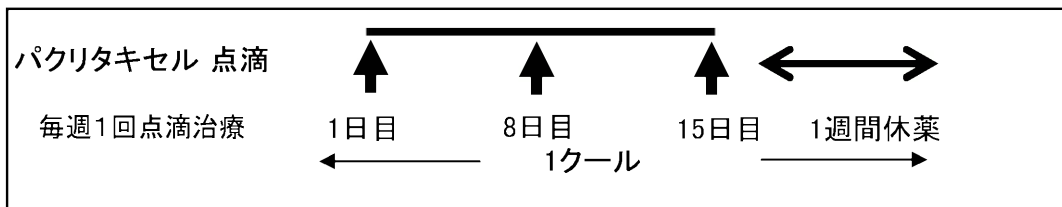
◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

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

◎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 (※他の化学療法よりも副作用は軽い)

1. 骨髄抑制(白血球減少、好中球減少)
2. 悪心・嘔吐
3. 食欲不振
4. 下痢症
5. 肝機能障害
6. 蓄積性の末梢神経障害(口腔周囲の感覚障害、手足の障害)

※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 _____