

大腸癌化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

No.1

同意書作成

担当看護師

薬剤部

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

大腸・直腸癌

切除不能癌

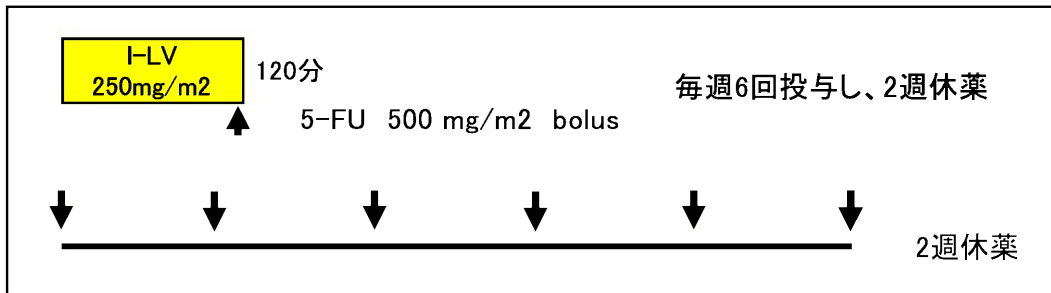
再発・転移

術後療法

身長	cm	体重	kg	体表面積	m ²
----	----	----	----	------	----------------

化学療法レジメン

5-FU/I-LV療法



I-LV	レボホリナート	250 mg/m ²	mg/body
5-FU	bolus用	500 mg/m ²	mg/body

化学療法開始日

年 月 日

予定回数

クール

注射投与経路

末梢血管確保

CVポート

インフューザーポンプ

薬剤	投与法	月/日						
		コース						
		1	2	3	4	5	6	
		/	/	/	/	/	/	
		<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	グラニセロン1mg 1キット+ デキサート 6.6mg	30分点滴	○	○	○	○	○	○
②	レボホリナート mg 5%G 250 ml	120分点滴	○	○	○	○	○	○
③	5-FU mg 5%G ml	③終了後 3分間かけて 静注	○	○	○	○	○	○

大腸癌化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

No.2

担当看護師

薬剤部

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

化学療法レジメン

5-FU/I-LV療法

投薬内容

継続 薬剤容量変更 (あり、なし) 副作用によるスケジュール変更

I-LV	レボホリナート	250 mg/m ²	mg/body
5-FU	bolus用	500 mg/m ²	mg/body

薬剤	月/日											
	コース						コース					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	<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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

薬剤	月/日											
	コース						コース					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	<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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

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

大腸癌の治療に対して貴方の受けられる治療は **FU/LV 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

① レボホリナート I-LV 点滴

② 5-FU 静注、点滴もしくはポンプによる持続静注

◎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・嘔吐
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 _____