

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

担当看護師

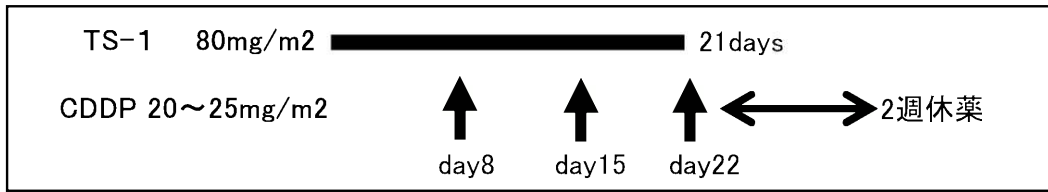
薬剤部

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 **TS-1/中等量 weekly CDDP 療法**



TS-1 ティーエスワン	mg/m ²	mg/body
CDDP シスプラチン	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			
		/	/	/	/	/	/	/	/
		<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 TS-1 mg	内服3週間	←			→	←			→
② ソルデム3A 200+ プリンペラン1A	1時間 メインルート day 8 15 22		○	○	○		○	○	○
③ アロキシ 0.75mg 50ml + デキサート 6.6mg	30分点滴 側管 day 8 15 22		○	○	○		○	○	○
④ シスプラチン mg 生食 250ml	1時間点滴 側管 day 8 15 22		○	○	○		○	○	○

特徴

※TS-1/CDDP療法に比べてCDDP投与のhydrationが軽減できる(外来治療可)

※奏功率 60%以上

主な副作用

白血球減少 好中球減少 Hb減少 血小板減少 食欲不振 悪心 嘔吐 下痢

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

担当看護師

薬剤部

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/中等量 weekly CDDP 療法

薬剤容量変更 あり なし

TS-1 ティーエスワン	mg/m ²	mg/body
CDDP シスプラチン	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							
		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	TS-1 mg	←—————→				←—————→			
②	ソルデム3A 200+ プリンペラン1A		○	○	○		○	○	○
③	アロキシ 0.75mg 50ml + デキササート 6.6mg		○	○	○		○	○	○
④	シスプラチン mg 生食 250ml		○	○	○		○	○	○

	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
	<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		○	○	○		○	○	○		○	○	○
④		○	○	○		○	○	○		○	○	○

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、
TS-1/Weekly 中等量CDDP療法です

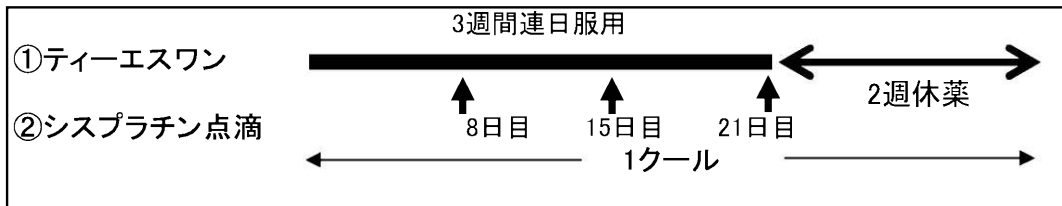
◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

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ティーエスワン(TS-1) 飲み薬 朝、夕食後に2錠ずつ服用
②シスプラチン(CDDP) 点滴 2時間 毎週

◎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. 貧血(ヘモグロビン減少)
3. 悪心・嘔吐
4. 食欲不振
5. 下痢症

※腎機能障害のある方は禁忌です。

※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 _____