

※下記のがん化学療法レジメンは、当院の化学療法委員会で審査、承認されたものです。

この内容は保険薬局薬剤師などが、治療を受ける患者さんの適正な投与管理を目的に提供されるものであり、その他の目的での用途は想定していません。

患者さんの状態により、一部薬剤の中止や投与量、投与スケジュールの変更が行われる場合があります。

使用薬剤については後発品へ変更することもあります。

当院では、がん化学療法患者さんへお薬手帳にレジメン情報を添付しています。

非小細胞肺癌

レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1 CBDCA+weekly PTX	カルボプラチン	AUC6	点滴静注	Day1	3～4週
	パクリタキセル	60～80mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	
2 weekly CBDCA+ weekly PTX	カルボプラチン	AUC1.5～2	点滴静注	Day1, 8, 15	3～4週
	パクリタキセル	60～80mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	
3 CBDCA+PTX	カルボプラチン	AUC6	点滴静注	Day1	3～4週
	パクリタキセル	200mg/m ²	点滴静注	Day1	
4 CDDP+GEM	シスプラチン	80mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
	ゲムシタビン	1000mg/m ²	点滴静注	Day1, 8	
5 CBDCA+GEM	カルボプラチン	AUC2～2.5	点滴静注	Day1, 15	4週
	ゲムシタビン	1000mg/m ²	点滴静注	Day1, 15	
6 PEM+CDDP+BV	ペメトレキセド	500mg/m ² (葉酸、VB12併用)	点滴静注	Day1	3週
	シスプラチン	75mg/m ²	点滴静注	Day1	
	ベバシズマブ	15mg/kg	点滴静注	Day1	
7 PEM+CDDP	ペメトレキセド	500mg/m ² (葉酸、VB12併用)	点滴静注	Day1	3週
	シスプラチン	75mg/m ²	点滴静注	Day1	
8 weeklyPTX	パクリタキセル	60～80mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, (15)	3～4週
9 DOC	ドセタキセル	60mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
10 PEM	ペメトレキセド	500mg/m ² (葉酸、VB12併用)	点滴静注	Day1	3週
11 S-1+CDDP	S-1	80～120mg/day	1日2回内服	Day1～21	5週
	シスプラチン	60mg/m ²	点滴静注	Day8	
12 S-1+CBDCA	S-1	80～120mg/day	1日2回内服	Day1～14	3週
	カルボプラチン	AUC5	点滴静注	Day1	
13 GEM	ゲムシタビン	1000mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	4週
14 VNR+GEM	ビノレルビン	25mg/m ²	点滴静注	Day1, 8	3週
	ゲムシタビン	900～1000mg/m ²	点滴静注	Day1, 8	
15 CDDP+VNR	シスプラチン	25mg/body	点滴静注	Day2～5	3～4週
	ビノレルビン	25mg/m ²	点滴静注	Day1,8	

非小細胞肺癌

	レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
16	BV+タルセバ	ベバシズマブ	15mg/kg	点滴静注	Day1	3週
		タルセバ	150mg/day	1日1回内服	連日	
17	胸腔内PTX	パクリタキセル	60~80mg/m ²	胸腔内投与	Day1	
18	VNR	ビノレルビン	20~25mg/m ²	点滴静注	Day1	1週
19	S-1+CBDCA+BV	S-1	80~120mg/day	1日2回内服	Day1~14	3週
		カルボプラチン	AUC6	点滴静注	Day1	
		ベバシズマブ	15mg/kg	点滴静注	Day1	
20	オブジーボ	ニボルマブ	240mg/body	点滴静注	Day1	2週
21	weekly nab-PTX	ナブパクリタキセル	100mg/m ²	点滴静注	Day1,8,15	3週
22	キイトルーダ	ペムブロリズマブ	200mg/body	点滴静注	Day1	3週
23	キイトルーダ+CBDCA+PEM	ペムブロリズマブ	200mg/body	点滴静注	Day1	3週
		カルボプラチン	AUC5	点滴静注	Day1 (導入療法のみ)	
		ペメトレキセド	500mg/m ² (葉酸、VB12併用)	点滴静注	Day1	

小細胞肺癌

	レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1	CDDP+VP-16	シスプラチン	80mg/m ²	点滴静注	Day1	4週
		エトポシド	100mg/m ²	点滴静注	Day1~3	
2	CBDCA+VP-16	カルボプラチン	AUC5	点滴静注	Day1	4週
		エトポシド	100mg/m ²	点滴静注	Day1~3	
3	CDDP+CPT11	シスプラチン	60mg/m ²	点滴静注	Day1	4週
		イリノテカン	60mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	
4	CAV (CPA+ADM+VCR)	シクロfosファミド	800mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
		ドキソルビシン	50mg/m ²	点滴静注	Day1	
		ビンクリスチン	1.4mg/m ²	点滴静注	Day1	
5	AMR	アムルビシン	45mg/m ²	点滴静注	Day1~3	3~4週

胃癌

	レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1	S-1+CDDP	S-1	80~120mg/day	1日2回内服	Day1~21	5週
		シスプラチン	60mg/m ²	点滴静注	Day8	
2	weekly PTX	パクリタキセル	60~80mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, (15)	3~4週
3	S-1+weekly PTX	S-1	80~120mg/day	1日2回内服	Day1~14	4週
		パクリタキセル	60mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	
4	DOC	ドセタキセル	60mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
5	IRIS	イリノテカン	80mg/m ²	点滴静注	Day1, 15	5週
		S-1	80~120mg/day	1日2回内服	Day1~21	
6	weekly nab-PTX	ナブパクリタキセル	100mg/m ²	点滴静注	Day1,8,15	4週
7	weekly PTX + ラムシルマブ [*]	パクリタキセル	80mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	4週
		ラムシルマブ	8mg/kg	点滴静注	Day1, 15	
8	オブジーボ	ニボルマブ	240mg/body	点滴静注	Day1	2週
9	SOX	オキサリプラチン	100mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
		S-1	80~120mg/day	1日2回内服	Day1~14	
10	SOX+オブジーボ	ニボルマブ	360mg/body	点滴静注	Day1	3週
		オキサリプラチン	100mg/m ²	点滴静注	Day1	
		S-1	80~120mg/day	1日2回内服	Day1~14	
11	CAPOX+Tmab	カペシタビン	1000mg/m ² /回	1日2回内服	Day1~14	3週
		オキサリプラチン	100mg/m ²	点滴静注	Day1	
		トラスツズマブ	6mg/kg (初回8mg/kg)	点滴静注	Day1	

大腸癌

	レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1	5Fu+LV	レボホリナート	250mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15, 22, 29, 36	8週
		フルオロウラシル	600mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15, 22, 29, 36	
2	XELOX	オキサリプラチン	130mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
		カペシタビン	2000mg/m ² /Day	1日2回内服	Day1～14	
3	BV+XELOX	ベバシズマブ	7.5mg/kg	点滴静注	Day1	3週
		オキサリプラチン	130mg/m ²	点滴静注	Day1	
		カペシタビン	2000mg/m ² /Day	1日2回内服	Day1～14	
4	FOLFOX4	オキサリプラチン	85mg/m ²	点滴静注	Day1	2週
		レボホリナート	100mg/m ²	点滴静注	Day1, 2	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1, 2	
		フルオロウラシル	600mg/m ²	持続静注	Day1, 2	
5	BV+FOLFOX4	ベバシズマブ	5又は10mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		オキサリプラチン	85mg/m ²	点滴静注	Day1	
		レボホリナート	100mg/m ²	点滴静注	Day1, 2	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1, 2	
		フルオロウラシル	600mg/m ²	持続静注	Day1, 2	
6	p-mab+FOLFOX4	パニツムマブ	6mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		オキサリプラチン	85mg/m ²	点滴静注	Day1	
		レボホリナート	100mg/m ²	点滴静注	Day1, 2	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1, 2	
		フルオロウラシル	600mg/m ²	持続静注	Day1, 2	
7	mFOLFOX6	オキサリプラチン	85mg/m ²	点滴静注	Day1	2週
		レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	Day1	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1	
		フルオロウラシル	2400mg/m ²	持続静注	Day1	
8	BV+mFOLFOX6	ベバシズマブ	5又は10mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		オキサリプラチン	85mg/m ²	点滴静注	Day1	
		レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	Day1	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1	
		フルオロウラシル	2400mg/m ²	持続静注	Day1	
9	p-mab+mFOLFOX6	パニツムマブ	6mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		オキサリプラチン	85mg/m ²	点滴静注	Day1	
		レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	Day1	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1	
		フルオロウラシル	2400mg/m ²	持続静注	Day1	

大腸癌

	レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
10	FOLFIRI	イリノテカン	150mg/m ²	点滴静注	Day1	2週
		レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	Day1	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1	
		フルオロウラシル	2400mg/m ²	持続静注	Day1	
11	BV+FOLFIRI	ベバシズマブ	5又は10mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		イリノテカン	150mg/m ²	点滴静注	Day1	
		レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	Day1	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1	
		フルオロウラシル	2400mg/m ²	持続静注	Day1	
12	p-mab+FOLFIRI	パニツムマブ	6mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		イリノテカン	150mg/m ²	点滴静注	Day1	
		レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	Day1	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1	
		フルオロウラシル	2400mg/m ²	持続静注	Day1	
13	IRIS	イリノテカン	100mg/m ²	点滴静注	Day1, 15	4週
		S-1	80～120mg/day	1日2回内服	Day1～14	
14	BV+IRIS	ベバシズマブ	5又は10mg/kg	点滴静注	Day1, 15	4週
		イリノテカン	100mg/m ²	点滴静注	Day1, 15	
		S-1	80～120mg/day	1日2回内服	Day1～14	
15	BV+S-1	ベバシズマブ	5mg/kg	点滴静注	Day1, 15, 29	6週
		S-1	80～120mg/day	1日2回内服	Day1～28	
16	C-mab+CPT11	セツキシマブ	250mg/m ² (初回400mg)	点滴静注	Day1, 8, 15, 22, 29, 36, 43	7週
		イリノテカン	150mg/m ²	点滴静注	Day1, 15, 29	
17	CPT11 (単独)	イリノテカン	150mg/m ²	点滴静注	Day1	2週
18	CPT11+p-mab	イリノテカン	150mg/m ²	点滴静注	Day1	2週
		パニツムマブ	6mg/kg	点滴静注	Day1	
19	p-mab	パニツムマブ	6mg/kg	点滴静注	Day1	2週
20	LV5FU2	レボホリナート	100mg/m ²	点滴静注	Day1, 2	2週
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1, 2	
		フルオロウラシル	600mg/m ²	持続静注	Day1, 2	
21	BV+LV5FU2	ベバシズマブ	5又は10mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		レボホリナート	100mg/m ²	点滴静注	Day1, 2	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1, 2	
		フルオロウラシル	600mg/m ²	持続静注	Day1, 2	

大腸癌

	レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
22	p-mab+LV5FU2	パニツムマブ	6mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		レボホリナート	100mg/m ²	点滴静注	Day1, 2	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1, 2	
		フルオロウラシル	600mg/m ²	持続静注	Day1, 2	
23	sLV5FU2	レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	Day1	2週
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1	
		フルオロウラシル	2400mg/m ²	持続静注	Day1	
24	BV+sLV5FU2	ベバシズマブ	5又は10mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	Day1	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1	
		フルオロウラシル	2400mg/m ²	持続静注	Day1	
25	p-mab+sLV5FU2	パニツムマブ	6mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	Day1	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1	
		フルオロウラシル	2400mg/m ²	持続静注	Day1	
26	p-mab+S-1	パニツムマブ	6mg/kg	点滴静注	Day1, 15	4週
		S-1	80~120mg/day	1日2回内服	Day1~14	
27	AFL+FOLFIRI	アフリベルセプト	4mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		イリノテカン	150mg/m ²	点滴静注	Day1	
		レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	Day1	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1	
		フルオロウラシル	2400mg/m ²	持続静注	Day1	
28	ラムシルマブ +FOLFIRI	ラムシルマブ	8mg/kg	点滴静注	Day1	2週
		イリノテカン	150mg/m ²	点滴静注	Day1	
		レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	Day1	
		フルオロウラシル	400mg/m ²	急速静注	Day1	
		フルオロウラシル	2400mg/m ²	持続静注	Day1	

乳癌

	レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1	EC	エピルビシン	100mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
		シクロfosファミド	600mg/m ²	点滴静注	Day1	
2	dose-dense EC	エピルビシン	90mg/m ²	点滴静注	Day1	2週
		シクロfosファミド	600mg/m ²	点滴静注	Day1	
3	weekly PTX	パクリタキセル	60~80mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, (15)	3~4週
4	dose-dense PTX	パクリタキセル	175mg/m ²	点滴静注	Day1	2週
5	nab-PTX	ナブパクリタキセル	180~260mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
6	DOC	ドセタキセル	60mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
7	weekly HER	トラスツズマブ	2mg/kg (初回4mg/kg)	点滴静注	Day1	1週
8	weekly HER+PTX	トラスツズマブ	2mg/kg (初回4mg/kg)	点滴静注	Day1	4週
		パクリタキセル	80mg/m ²	点滴静注	Day1 (初回Day2)	
9	HER+nab-PTX	トラスツズマブ	6mg/kg (初回8mg/kg)	点滴静注	Day1	3週
		ナブパクリタキセル	260mg/m ²	点滴静注	Day1 (初回Day2)	
10	HER+DOC	トラスツズマブ	6mg/kg (初回8mg/kg)	点滴静注	Day1	3週
		ドセタキセル	60mg/m ²	点滴静注	Day1	
11	HER	トラスツズマブ	6mg/kg (初回8mg/kg)	点滴静注	Day1	3週
12	VNR	ビノレルビン	25mg/m ²	点滴静注	Day1,8	3週
13	フルベストラント+HER	フルベストラント	2本	皮下注	Day1	4週
		トラスツズマブ	6mg/kg (初回8mg/kg)	点滴静注	Day1	
14	S-1+HER	S-1	80~120mg/day	1日2回内服	Day1~28	6週
		トラスツズマブ	6mg/kg (初回8mg/kg)	点滴静注	Day1	4週
15	トラスツズマブ エムタンシン	トラスツズマブ エムタンシ	3.6mg/kg	点滴静注	Day1	3週
16	フルベストラント+ パルボシクリブ+ リュープロレリン	フルベストラント	2本	皮下注	Day1	4週
		パルボシクリブ	125mg/day	1日1回内服	Day1~21	
		リュープロレリン	1本	皮下注	Day1	
17	Per+Tmab+DOC	ペルツズマブ	420mg/body (初回840mg/body)	点滴静注	Day1	3週
		トラスツズマブ	6mg/kg (初回8mg/kg)	点滴静注	Day1	
		ドセタキセル	75mg/m ²	点滴静注	Day1	
18	Per+Tmab+nab-PTX	ペルツズマブ	420mg/body (初回840mg/body)	点滴静注	Day1	3週
		トラスツズマブ	6mg/kg (初回8mg/kg)	点滴静注	Day1	
		ナブパクリタキセル	260mg/m ²	点滴静注	Day1	
19	Per+Tmab	ペルツズマブ	420mg/body (初回840mg/body)	点滴静注	Day1	3週
		トラスツズマブ	6mg/kg (初回8mg/kg)	点滴静注	Day1	
20	エリブリン療法	エリブリン	1.4mg/m ²	点滴静注	Day1,8	3週
21	TC療法	ドセタキセル	75mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
		エンドキサン	600mg/m ²	点滴静注	Day1	

乳癌

	レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
22	weeklyPTX+BV	パクリタキセル	80mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	4週
		ペバシズマブ	10mg/kg	点滴静注	Day1, 15	
23	キイトルーダ+PTX+CBDCA	ペムプロリズマブ	200mg/body	点滴静注	Day1	3週
		パクリタキセル	80mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	
		カルボプラチン	AUC1.5	点滴静注	Day1, 8, 15	

胆道癌

	レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1	GEM	ゲムシタビン	1000mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	4週

膵臓癌

	レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1	GEM+nab-PTX	ゲムシタビン	1000mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	4週
		ナブパクリタキセル	125mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	
2	GEM	ゲムシタビン	1000mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	4週

食道癌

	レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1	CDDP+5Fu	シスプラチン	80mg/m ²	点滴静注	Day1	4週
		フルオロウラシル	800mg/m ²	点滴静注	Day1~5	
2	オプジーボ	ニボルマブ	240mg/body	点滴静注	Day1	2週

悪性リンパ腫

レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1 CHOP療法 (ADM+CPA+VCR+PSL)	ドキシソルビシン	50mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
	シクロフォスファミド	750mg/m ²	点滴静注	Day1	
	ビンクリスチン	1.4mg/m ²	点滴静注	Day1	
	プレドニゾロン	100mg/body	1日3回内服	Day1~5	

CD20陽性B細胞性非ホジキンリンパ腫

レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1 R-CHOP (リツキサン+CHOP)	リツキシマブ	375mg/m ²	点滴静注	Day1	3週
	ドキシソルビシン	50mg/m ²	点滴静注	Day1	
	シクロフォスファミド	750mg/m ²	点滴静注	Day1	
	ビンクリスチン	1.4mg/m ²	点滴静注	Day1	
	プレドニゾロン	100mg/body	1日3回内服	Day1~5	

肝臓癌

レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1 CDDP療法	アイエコール	65mg/m ²	肝動注	Day1	4~6週

胚細胞腫瘍

レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1 BEP (BLM+CDDP+ETP)	ブレオマイシン	30mg/body	点滴静注	Day2, 9, 16	3週
	シスプラチン	20mg/m ²	点滴静注	Day1~5	
	エトポシド	100mg/m ²	点滴静注	Day1~5	

悪性黒色腫

レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1 DTIC	DTIC	100~200mg	点滴静注	Day1~5	4週
2 ニボルマブ	ニボルマブ	240mg/body	点滴静注	Day1	2週

尿路上皮癌

レジメン名	薬剤名	投与量	投与方法	投与日	投与間隔
1 M-VAC (MTX+VLB+DXR+CDDP)	メソトレキサート	30mg/m ²	急速静注	Day1, 15, 22	4週
	ビンブラスチン	3mg/m ²	急速静注	Day2, 15, 22	
	ドキシソルビシン	30mg/m ²	点滴静注	Day2	
	シスプラチン	70mg/m ²	点滴静注	Day2	
2 GEM+CDDP	ゲムシタビン	1000mg/m ²	点滴静注	Day1, 8, 15	4週
	シスプラチン	70mg/m ²	点滴静注	Day2	
3 キイトルーダ	ペムプロリズマブ	200mg/body	点滴静注	Day1	3週



FAX： KKR北陸病院 (薬剂科) 076-243-1370

トレーシングレポート

報告日：20 年 月 日

		対象薬剂 ・ S-1 (ティーエスワン®)	
担当医	科	保険薬局名：	
	医師	所在地：	
処方箋交付年月日 20 年 月 日		電話番号：	
患者ID：		FAX番号：	
患者名：		担当薬剂師名：	
<input type="checkbox"/> 薬局から患者へ連絡 <input type="checkbox"/> 患者から薬局へ連絡 (問い合わせ) <input type="checkbox"/> 投薬時			
聞き取り日：20 年 月 日 () 時～			
対応者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
薬剂名： 【服用期間： 月 日～ 月 日 ・休薬期間： 月 日～ 月 日】			
アドヒアランス： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良			
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることをに対して患者の同意を得ています。			
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることをに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと判断し報告します。			

下記の通り報告します。

有害事象		確認項目・指導内容
発熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 体温 (°C)
倦怠感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	
下痢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	頻度： _____ 回/日 止瀉薬 (薬剂名： _____) 内服頻度： _____ 回/日
悪心	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	※悪心対策の指導
皮疹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	
食欲不振	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	※含嗽液の使用法 <input type="checkbox"/> 口腔ケア指導など
流涙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	

【薬剂師としての所見・提案事項等】



FAX： KKR北陸病院 (薬剤科) 076-243-1370

トレーシングレポート

報告日：20 年 月 日

担当医 科 医師		対象薬剤 ・カペシタビン (ゼローダ®)
処方箋交付年月日 20 年 月 日		保険薬局名： 所在地： 電話番号： FAX番号： 担当薬剤師名：
患者ID： 患者名：		
<input type="checkbox"/> 薬局から患者へ連絡 <input type="checkbox"/> 患者から薬局へ連絡 (問い合わせ) <input type="checkbox"/> 投薬時 聞き取り日：20 年 月 日 () 時～ 対応者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 薬剤名： 【服用期間： 月 日～ 月 日 ・休薬期間： 月 日～ 月 日】 アドヒアランス： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることをに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることをに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと判断し報告します。		

下記の通り報告します。

有害事象	確認項目・指導内容
発熱 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 体温 (°C)
手足症候群 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	
下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	頻度： _____ 回/日 止瀉薬 (薬剤名： _____) 内服頻度： _____ 回/日
悪心 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	※悪心対策の指導
疼痛 (関節痛・筋肉痛) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	
食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	
口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	※含嗽液の使用法 口腔ケア指導など
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade：) <input type="checkbox"/> 未確認	

【薬剤師としての所見・提案事項等】



FAX : KKR北陸病院 (薬剂科) 076-243-1370

報告日 : 20 年 月 日

トレーシングレポート

対象薬剂 ・アベマシクリブ (ベージニオ®)
・パルボシクリブ (イブランス®)
・エベロリムス (アフィニトール®)

担当医 科 医師	保険薬局名 : 所在地 : 電話番号 : FAX番号 : 担当薬剂師名 :
処方箋交付年月日 20 年 月 日	
患者ID: 患者名 :	
<input type="checkbox"/> 薬局から患者へ連絡 <input type="checkbox"/> 患者から薬局へ連絡 (問い合わせ) <input type="checkbox"/> 投薬時 聞き取り日 : 20 年 月 日 () 時~ 対応者 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 薬剂名 : 【服用期間 : 月 日 ~ 月 日 ・休薬期間 : 月 日 ~ 月 日】 アドヒアランス : <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることをに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることをに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと判断し報告します。	

下記の通り報告します。

有害事象	確認項目・指導内容
発熱 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade :) <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 体温 (°C)
呼吸困難 (息切れ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade :) <input type="checkbox"/> 未確認	
咳嗽 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade :) <input type="checkbox"/> 未確認	
倦怠感 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade :) <input type="checkbox"/> 未確認	
下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade :) <input type="checkbox"/> 未確認	頻度 : _____ 回/日 止瀉薬 (薬剂名 : _____) 内服頻度 : _____ 回/日
悪心 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade :) <input type="checkbox"/> 未確認	※悪心対策の指導
口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade :) <input type="checkbox"/> 未確認	※含嗽液の使用法 口腔ケア指導など
疼痛 (関節痛・筋肉痛) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade :) <input type="checkbox"/> 未確認	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade :) <input type="checkbox"/> 未確認	

【薬剂師としての所見・提案事項等】



FAX：KKR北陸病院（薬剤科）076-243-1370

トレーシングレポート

報告日：20 年 月 日

担当医		科		医師		対象薬剤/治療内容：	
処方箋交付年月日		20 年		月 日		保険薬局名：	
患者ID：		患者名：				所在地：	
						電話番号：	
						FAX番号：	
						担当薬剤師名：	
<input type="checkbox"/> 薬局から患者へ連絡		<input type="checkbox"/> 患者から薬局へ連絡（問い合わせ）		<input type="checkbox"/> 投薬時			
聞き取り日：20 年 月 日（ ）		時～					
対応者： <input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 家族					
薬剤名：		【服用期間： 月 日～ 月 日		・休薬期間： 月 日～ 月 日】			
アドヒアランス： <input type="checkbox"/> 良		<input type="checkbox"/> 不良					
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることをに対して患者の同意を得ています。		<input type="checkbox"/> この情報を伝えることをに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと判断し報告します。					

下記の通り報告します。

有害事象		確認項目・指導内容
発熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（Grade： ） <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 体温（ °C）
呼吸困難 （息切れ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（Grade： ） <input type="checkbox"/> 未確認	
皮疹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（Grade： ） <input type="checkbox"/> 未確認	
倦怠感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（Grade： ） <input type="checkbox"/> 未確認	
下痢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（Grade： ） <input type="checkbox"/> 未確認	頻度： _____ 回/日 止瀉薬（薬剤名： _____ ）内服頻度： _____ 回/日
悪心	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（Grade： ） <input type="checkbox"/> 未確認	※悪心対策の指導
食欲不振	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（Grade： ） <input type="checkbox"/> 未確認	
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（Grade： ） <input type="checkbox"/> 未確認	※含嗽液の使用法 口腔ケア指導など
疼痛 （関節痛・筋肉痛）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（Grade： ） <input type="checkbox"/> 未確認	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（Grade： ） <input type="checkbox"/> 未確認	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（Grade： ） <input type="checkbox"/> 未確認	

【薬剤師としての所見・提案事項等】

主な副作用のGrade評価

有害事象	Grade1	Grade2	Grade3
発熱	38.0-39.0°C	39.0-40.0°C	> 40.0°C が≦24hr持続
呼吸困難 (息切れ)	中等度の労作に 伴う息切れ	極めて軽度の労作に 伴う息切れ	安静時の 息切れ
咳嗽	市販の医薬品を 要する	身の回り以外の 日常生活動作の制限	身の回りの 日常生活動作の制限
疼痛 (関節痛・筋肉痛)	軽度の疼痛	中等度の疼痛 日常生活に支障がある	高度の疼痛 身の回りのことができない
末梢神経障害 (手足のしびれ)	軽いしびれ 日常生活に支障はない	中等度のしびれ 日常生活に支障はない	強いしびれ 日常生活に支障がある
倦怠感	軽いだるさがある	中等度のだるさ 日常生活に支障がある	強いだるさ 身の回りのことができない
下痢	普段より 1~3回/日 多い	普段より 4~6回/日 多い	普段より 7回/日以上 多い
便秘	時々下剤を使用する	毎日下剤を使用する	摘便する必要がある 日常生活に影響がある
悪心	吐き気はあったが 食事摂取量は変わらず	吐き気で食事量が減った	吐き気で 食事が摂れない
食欲不振	食欲低下したが 食べられる	経口栄養剤による補充を 要する	静脈内輸液/経管栄養 /TPNを要する
口腔粘膜炎	軽度の痛みで 食事摂取量は変わらず	痛みを認め 食事に工夫を要する	痛みが強く食事が摂れない
味覚障害	食生活は変わらない 味覚障害	食生活に変化を伴う味覚変化 味の消失・不快な味	
手足症候群	表面的な皮膚の知覚異常 (例：チクチク感、紅斑、浮腫)	疼痛を伴う皮膚の変化 (例：角層剥離、水疱、出血、亀裂)	疼痛を伴う高度な皮膚の変化 (例：角層剥離、水疱、出血、亀裂)
皮疹	体表面積の<10%占める	体表面積の10-30%を占める	体表面積の>30%占める
掻痒症	軽度または限局	広範囲かつ間欠性 掻破による皮膚の変化。	広範囲かつ常時 日常生活動作や睡眠の制限
爪障害	症状がない爪の変化 (変色・変形)	症状がある爪の変化 (剥離・脱落)	
浮腫	日常生活に支障がない	身の回り以外の 日常生活に支障がある	身の回りのことができない
流涙	治療を要さない	中等度の視力の低下	顕著な視力の低下

(有害事象共通用語基準；CTCAE v5.0を参考、内容は簡素化しています)