

化学療法に関する情報提供書

患者さまへ： 保険医療機関または保険薬局へお渡しするようお願いいたします。

患者ID： _____ 氏名： _____ 様 年齢： _____ 歳 性別： _____

【治療内容】

レジメン： _____ () コース目 投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

次回当該科受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【副作用評価】

【食欲不振】

- なし
G1: 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下
G2: 顕著な体重減少、栄養失調を伴わない摂食量の変化
;経口栄養剤補充
G3: 顕著な体重減少または栄養失調を伴う
;静脈内輸液/経管栄養/TPN
G4: 生命を脅かす; 緊急処置を要する

【悪心】

- なし
G1: 摂食習慣に影響のない食欲低下
G2: 顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない
経口摂取量の減少
G3: カロリーや水分の経口摂取が不十分
;経管栄養/TPN/入院を要する

【嘔吐】

- なし
G1: 治療を要さない
G2: 外来での静脈内輸液を要する;内科的治療を要する
G3: 経管栄養/TPN、入院を要する
G4: 生命を脅かす

【口内炎】

- なし
G1: 症状がない、または軽度の症状; 治療を要さない
G2: 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍
;食事の変更
G3: 高度の疼痛; 経口摂取に支障がある
G4: 生命を脅かす; 緊急処置を要する

【下痢】

- なし
G1: 1日の便回数が1-3回増
G2: 1日の便回数が4-6回増
;身の回り以外の日常生活動作の制限
G3: 1日の便回数が7回以上増
;入院要、身の回りの日常生活動作の制限
G4: 生命を脅かす; 緊急処置を要する

【倦怠感】

- なし
G1: だるさがある、または元気がない
G2: 身の回り以外の日常生活動作の制限
または元気がない状態
G3: 身の回りの日常生活動作の制限
または元気がない状態

【疼痛】

- なし
G1: 軽度
G2: 中等度; 身の回り以外の日常生活動作の制限
G3: 高度; 身の回りの日常生活動作の制限
【手足症候群】
なし
G1: 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎
G2: 疼痛を伴う皮膚の変化
;身の回り以外の日常生活動作の制限
G3: 疼痛を伴う高度の皮膚の変化
;身の回りの日常生活動作の制限

【四肢浮腫】

- なし
G1: 差が5-10%; 注意深い診察でわかる
G2: 差が>10-30%; 診察容易
;身の回り以外の日常生活動作の制限
G3: 差が>30%; 異常が著明
;身の回りの日常生活動作の制限

【末梢神経障害】

- なし
G1: 感覚の変化はあるが痛みはない
G2: 中等度; 身の回り以外の日常生活動作の制限
G3: 高度; 身の回りの日常生活動作の制限
G4: 生命を脅かす; 緊急処置を要する

【味覚異常】

- なし
G1: 食生活の変化を伴わない味覚変化
G2: 食生活の変化を伴う味覚変化; 不快な味; 味の消失

【高血圧】

- なし
G1: 収縮期血圧120-139 mmHg または拡張期血圧
80-89 mmHg
G2: 収縮期血圧140-159 mmHg または拡張期血圧
90-99 mmHg; 内科的治療の変更
;再発性または持続性; 単剤の薬物治療を要する
G3: 収縮期血圧 \geq 160 mmHg または拡張期血圧 \geq 100
mmHg ; 2種類以上の薬物治療または以前よりも強い
治療を要する
G4: 生命を脅かす; 緊急処置を要する

【脱毛】

- なし
G1: 遠くからではわからないが近くで見るとわかる
50%未満の脱毛
G2: 他人にも容易にわかる 50%以上の脱毛

副作用のグレードについてはCTCAE v5.0を用いて評価しています

【備考欄】

何かございましたら下記に連絡お願いいたします
久我山病院 連絡先：03-3309-1111 (代表)

久我山病院化学療法委員会 ver20_12_01