

【カルテ】

		第1クール開始前	第2クール開始前
		病院/連携医療機関	病院/連携医療機関
受診	受診予定月	年 月	年 月
	受診日	年 月 日	年 月 日
目標	術後障害がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
	がんの再発兆候がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
	予定通り治療できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
医師記入	血液データ参照値	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血
	WBC (3000/mm ³ 以上)	○	○
	好中球 (1500/mm ³ 以上)		
	Hb (9.0g/dl以上)		
	血小板 (10万/mm ³ 以上)		
	生化	○	○
	T-Bil (1.5mg/dL未満)		
	AST・ALT (100IU/L未満)		
	Cr (1.5mg/dL未満)		
	腫瘍マーカー CEA・CA19-9	○	(○)
内服	ゼローダ投与量 (mg/日)		
	服薬指導 (薬剤師)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
所見ある時記入	診察所見		
	Performance Status (PS)		
	食欲不振		
	悪心・嘔吐		
	下痢		
	<input type="checkbox"/> 内炎		
	倦怠感		
手足症候群 (手、足の発疹・膿腫・水疱など)			
その他	*注意事項：ゼローダは2週間投与、1週間休薬が基本スケジュールです。		
患者記入	医師サイン		
	体重	Kg	Kg
	腹痛		
	食欲不振が続く		
	吐気		
	嘔吐		
	下痢 (性状)		
	<input type="checkbox"/> 内炎 (部位)		
	身体がだるい		
	手足症候群 (手、足の発疹・膿腫・水疱など)		
その他			
備考			

氏名： _____

第3クール開始前	第4クール開始前
病院／連携医療機関	病院／連携医療機関
年 月	年 月
年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> 採血 ○	<input type="checkbox"/> 採血 ○
○	○
(○)	(○)
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
Kg	Kg

＜休薬・減量を行う値・症状など＞＊
<ul style="list-style-type: none"> • WBC 2000/mm³未満で休薬 • 好中球減少 1000/mm³未満で休薬 • 血小板減少 7.5万/mm³未満 • 下痢 <ul style="list-style-type: none"> • ベースラインと比べて4回/日以上 • 静脈内点滴を要する • T-Bil 施設基準値上限の1.5倍以上 • AST・ALT 施設基準値上限の2.5倍以上 • クレアチンクリアランス <ul style="list-style-type: none"> • 50mL/min未満（減量） • 30mL/min未満（中止） • 食欲不振 <ul style="list-style-type: none"> • 下記の所見あるいはそれ以上 <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 経口栄養剤による補充を要する • 手足症候群 <ul style="list-style-type: none"> • 痛みを伴う皮膚紅斑、爪甲の高度な変形 • 脱落以上の症状が認められた場合は休薬

＊ゼロータ適正使用ガイドを参照

		第5クール開始前	第6クール開始前
		病院/連携医療機関	病院/連携医療機関
受診	受診予定月	年 月	年 月
	受診日	年 月 日	年 月 日
目標	術後障害がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
	がんの再発兆候がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
	予定通り治療できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
医師記入	血液検査	<input type="checkbox"/> 採血 ○	<input type="checkbox"/> 採血 ○
	血液データ参照値		
	WBC (3000/mm ³ 以上)		
	好中球 (1500/mm ³ 以上)		
	Hb (9.0g/dl以上)		
	血小板 (10万/mm ³ 以上)		
	生化	○	○
	T-Bil (1.5mg/dL未満)		
	AST・ALT (100IU/L未満)		
	Cr (1.5mg/dL未満)		
腫瘍マーカー	○	(○)	
CEA・CA19-9			
内服	ゼローダ投与量 (mg/日)		
	服薬指導 (薬剤師)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
所見ある時記入	診察所見		
	Performance Status (PS)		
	食欲不振		
	悪心・嘔吐		
	下痢		
	<input type="checkbox"/> 内炎		
	倦怠感		
手足症候群 (手、足の発疹・膿腫・水疱など)			
その他	*注意事項：ゼローダは2週間投与、1週間休薬が基本スケジュールです。		
患者記入	医師サイン		
	体重	Kg	Kg
	腹痛		
	食欲不振が続く		
	吐気		
	嘔吐		
	下痢 (性状)		
	<input type="checkbox"/> 内炎 (部位)		
	身体がだるい		
	手足症候群 (手、足の発疹・膿腫・水疱など)		
その他			
備考			

