光晴会病院化学療法委員会
2018 年 10 月 9 日改訂

S-1(隔日)＋パクリタキセル療法

患者番号：　　氏名：
部位；　　（　胃　）
薬液注入ルート；（　ポート　末梢点滴静注　　CV ライン　内服　）
開始年月日；　　年　　月　　日
投与間隔；　　パクリタキセル　　3 週投与 1 週休薬
　　エスワンタイホウ　月、水、金、日
体格；　身長＿＿＿＿ｃｍ　　体重＿＿＿＿ｋｇ　　体表面積＿＿＿＿m^2
使用薬剤；
① パクリタキセル　＿＿＿＿＿ｍｇ（　60mg/m2　）　day 1,　8,　15
② エスワンタイホウ　＿＿＿＿＿ｍｇ/day（月、水、金、日）

体表面積	初回基準量（テガフール相当量）
1.25 ㎡未満	40mg／回
1.25 ㎡以上～1.5 ㎡未満	50mg／回
1.5 ㎡以上	60 mg／回

※腎機能を考慮した上で初回基準量を調節

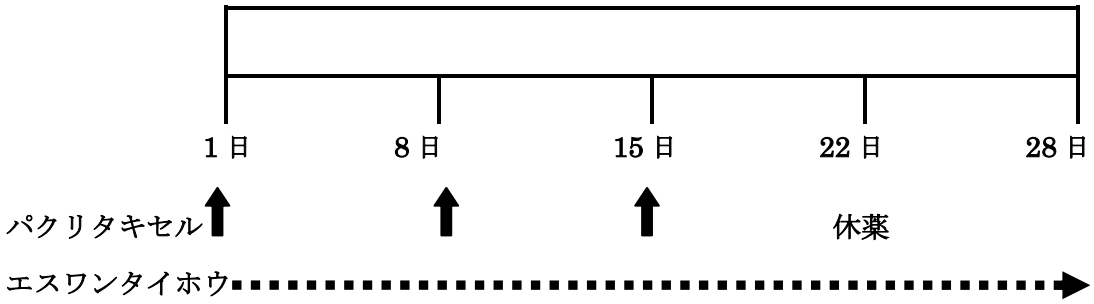
制吐剤　グラニセトロンゼリー2mg

パクリタキセルアレルギー予防のデキサメタゾンは、症状がなければ半量ずつ減量が可能です。
（最低量　1.65 ㎎ 1A）

【処方が必要な内服薬】

グラニセトロンゼリー2 ㎎　1 包　パクリタキセルの 30 分前
レスタミン錠（10）　5 錠　　パクリタキセルの 30 分前
※エスワンタイホウは必要に応じて処方を行ってください

骨髄抑制、アレルギー、関節痛、筋肉痛に注意



□HBs 抗原(＋) → 消化器内科紹介
□HBs 抗原(－) → □HBs 抗体(－)and HBc 抗体(－)
□HBs 抗体(＋)and/or HBc 抗体(＋) → □HBV-DNA 定量(－) → 3 ヵ月毎 定量
□HBV-DNA 定量(＋) → 消化器内科紹介

指示医師サイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿