



Xeloda



ゼリリ
XELIRI療法・XELIRI+ベバシズマブ療法を
受けられる方へ

ゼローダハンドブック

ご自身の受ける治療にチェック☑を入れましょう

XELIRI療法を受ける方

XELIRI+ベバシズマブ療法を受ける方

監修 国立国際医療研究センター

山田 康秀 先生



はじめに

ゼローダ（一般名：カペシタビン）は、がんを治療するためのお薬で、世界100カ国以上で服用されています。この小冊子は、大腸がんの化学療法のひとつであるXELIRI療法（ゼローダ+イリノテカン併用）、XELIRI+ベバシズマブ療法について、よく知っていただくためのものです。

XELIRI療法、XELIRI+ベバシズマブ療法とは、どのような治療法なのか、治療のスケジュール、副作用とその対処法などをわかりやすく紹介したいと思います。また、お薬の飲み忘れを防ぎ、治療中の気になる症状を記入していただくために、**治療ダイアリー**も盛り込みましたので（30ページ～）、お役立てください。

この治療法について、もっと詳しく知りたい方は、医療スタッフ（担当医、薬剤師、看護師）までおたずねください。





もくじ

| | |
|-----------------------------|----|
| 大腸がんの治療について | 2 |
| XELIRI療法、XELIRI+ベバシズマブ療法とは? | 4 |
| 治療を受けられない方は? | 6 |
| 治療のスケジュールは? | 8 |
| ゼローダの服用について | 10 |
| ゼローダはどのように服用するの? | 10 |
| 飲み忘れや、服用量を間違えたときはどうするの? | 11 |
| どんな副作用があらわれるの? | 12 |
| XELIRI療法による副作用 | 14 |
| ■手足症候群 | 14 |
| ■消化器症状 | 16 |
| ●便秘 | 16 |
| ●下痢 | 16 |
| ●そのほかの消化器症状 | 18 |
| ■骨髄抑制 | 19 |
| ■脱毛 | 20 |
| ベバシズマブによる副作用 | 22 |
| ■高血圧 | 22 |
| ■鼻血 | 23 |
| ■消化管穿孔 | 23 |
| 日常生活で気をつけることは? | 24 |
| Q&A | 26 |
| 治療ダイアリー記入例 | 28 |
| 治療ダイアリー | 30 |

大腸がんの治療について

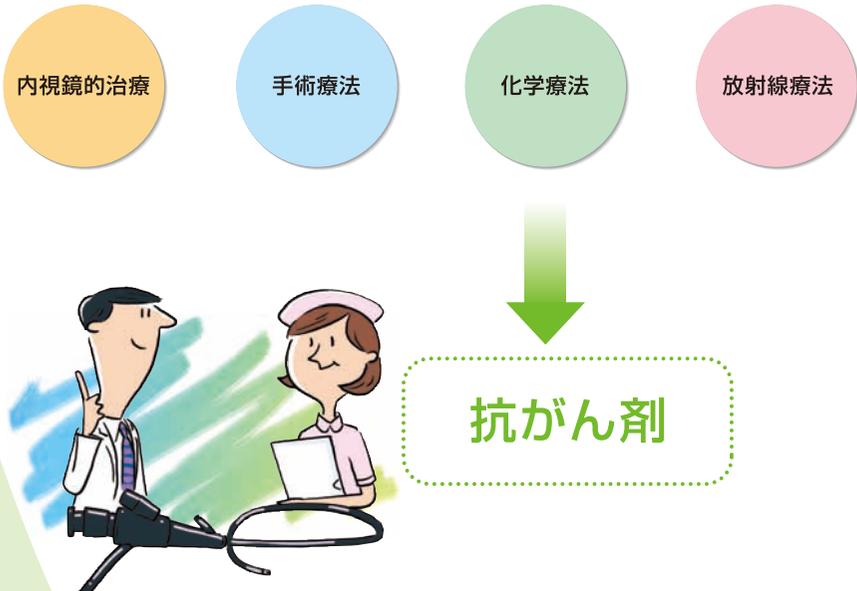
大腸がんの治療には、「内視鏡的治療」、「手術療法」、「化学療法(抗がん剤療法)」、「放射線療法」などがあります。手術で取りきれないがんに対しては、がんの大きさをコントロールし、病気の進行を抑えるため、抗がん剤を用いる化学療法が有効な治療手段となります。抗がん剤は、血液の中に入って全身をめぐる、がん細胞を直接攻撃して増殖を防ぐ働きがあります。何種類かの抗がん剤を組み合わせる治療法は、効果が高いことがわかっています。また最近では、がん細胞の特徴をターゲットとして選んで攻撃するように設計された「分子標的薬」と呼ばれるお薬を組み合わせると、さらに治療の効果があがることがわかってきました。

内視鏡的治療

手術療法

化学療法

放射線療法



抗がん剤

抗がん剤は、がん細胞だけではなく正常な細胞にも影響を与えてしまうため、副作用（望ましくない作用）があらわれることがあります。副作用の程度や内容は、抗がん剤の種類や組み合わせによっても異なります。治療を安全に行うためには、副作用を正しく理解することが大切です。

また、抗がん剤の組み合わせによって、治療の方法やスケジュールは異なります。近年は、治療方法の工夫によって、外来で行える化学療法が増えています。



※副作用については、12～23ページをご参照ください。



XELIRI療法、XELIRI+ベバシズマブ療法とは？

XELIRI療法は、飲み薬のゼローダと注射薬のイリノテカンを組み合わせる化学療法です。

XELIRI+ベバシズマブ療法は、そこに注射薬のベバシズマブを加えて、3種類のお薬を組み合わせる治療法です。



手術で、がんを取りきれない方が治療を受けることができますが、なかには治療を勧められない方もいます。

飲み薬と点滴を組み合わせることで、点滴の時間が短くなるのが特徴です。また、通院回数が少ないことも特徴のひとつです。

3種類のお薬は、それぞれ次のような働きがあります。

ゼローダ



がん細胞の増殖を抑える抗がん剤のひとつです。

正常な細胞への影響を少なくするため、体内の3種類の酵素によって変化し、選択的にがん細胞で効果を発揮するようにつくられています。つまり、効率よくがん細胞を攻撃することができる飲み薬です。

イリノテカン



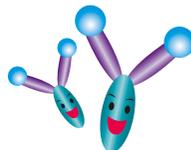
がん細胞のDNAを修復する酵素に働きかけ、がん細胞の増殖を抑える抗がん剤です。

● UGT1A1遺伝子検査について

イリノテカンを投与するにあたって、副作用がおりやすい体質かどうかを調べるための遺伝子検査です。この検査の結果によって、患者さん個人に合ったお薬の量を検討することがあります。

※日本人の10%ほど¹⁾は、白血球の数が下がりやすいといわれています。

ベバシズマブ



分子標的薬というタイプのお薬です。

がん細胞に栄養や酸素を運ぶための、がん専用の血管がつくられないようにします。がんの増殖に必要な栄養や酸素を不足させ、がん細胞を兵糧攻めにすることでがんを縮小させます。

1) Minami H, et al. Pharmacogenet Genomics 2007; 17: 497-504



治療を受けられない方は？

次のような方は、**XELIRI療法**を受けられないことがあります。



XELIRI療法を受けられない方



- 妊娠中または妊娠している可能性がある方
- ゼローダ(フッ化ピリミジン系のお薬)やイリノテカンで、発疹などのアレルギー症状が出たことのある方
- テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤を服用中および服用をやめて7日以内の方
- アタザナビル硫酸塩を服用している方
- 下記のような状態の方
重い腎臓の病気にかかっている、骨髄抑制、感染症、下痢、腸管麻痺や腸閉塞、間質性肺炎または肺線維症、腹水や胸水、黄疸



次のような方はあらかじめ担当医に相談してください (治療を受けられない場合もあります)

- ゼローダと同じ種類のお薬(フルオロウラシル、ドキシフルリジン、テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤、テガフル・ウラシルなど)を飲んでいたことがある方
副作用がなかった場合でも必ず担当医にお知らせください
- 糖尿病にかかっている方
- 腎臓の病気にかかっている方
- 肝臓の病気にかかっている方
- 心臓の病気にかかっている方
- 胃潰瘍や十二指腸潰瘍などにかかっている方
- 小児、高齢の方
- お薬の添加剤に由来する果糖が正常に代謝されない方
- グルクロン酸(お薬の代謝を助ける体内物質)が正常に働かない方

ベバシズマブを併用する場合は、下記のような方は、治療を受けられないことがあります。



ベバシズマブによる治療を受けられない方



- ベバシズマブによる治療を受けて、気管支けいれん、全身性の皮膚症状、低血圧などの強いアレルギー症状が出たことのある方
- 咯血(2.5mL以上の鮮血の咯出)をおこしたことのある方



次のような方はあらかじめ担当医に相談してください (治療を受けられない場合もあります)

- 消化管などに炎症がある方
- 大きな手術を受けて間もない(1ヵ月以内)方
- 脳に転移があると診断されている方
- 血が止まりにくい体質の方
- 血を固まりにくくするお薬による治療を行っている方
- 脳梗塞、心筋梗塞、深部静脈血栓症など、血管の中に血のかたまりができる病気にかかったことのある方
- 糖尿病にかかっている方
- 血圧が高い方
- 心臓の病気にかかっている方
- 高齢の方
- 妊娠中または妊娠している可能性がある方



治療のスケジュールは？

1コース3週間の治療を繰り返します。

治療の初日に点滴し、ゼローダはその日の夕食後から服用します。その場合、ゼローダの服用は初日と15日目は1日1回ですが、2日目から14日目の服用は、朝食後と夕食後の1日2回です。初日にゼローダを



* 吐き気止めとペバシズマブの点滴の順番は、変わる場合があります。
 ** 初回は90分かけて慎重に投与します。特に問題がなければ2回目は60分、それ以降は最短30分まで短縮することができます。



点滴中に次の症状があらわれることがあります

● コリン作動性症候群

発汗、腹痛、急性の下痢などがあらわれる場合があります。

※以上の症状があらわれたら、近くにいる医師・薬剤師・看護師に伝えてください。

服用するのが難しい場合は担当医と相談し、点滴翌日の朝食後から飲みましょう。この14日間の治療が終われば、お薬による治療は7日間お休みします。これを1コースとして治療を続けます。



1日2回 14日間服用



(1日目は夕1回、15日目は朝1回の1日1回の服用)

副作用が強くあらわれた場合、 ゼロダをお休みすることがあります

ゼロダを服用する期間であっても、副作用が強くあらわれた場合には、服用をお休みいただくことがあります。いつもと違う症状に気づきましたら、担当医にお知らせください。再開のタイミングについては担当医と相談して決めていきます。服用をお休みして残ったゼロダを15日目から21日目までの休薬期間中(上図参照)に飲まないでください。副作用の状態をみながら、ゼロダを上手に服用し続けることで、十分な効果を引き出すことができます。

ゼローダはどのように服用するの？

1日2回、朝食後と夕食後に決められた量を服用します

朝食後と夕食後それぞれ30分以内に、水またはぬるま湯と一緒に服用してください。1回に服用するお薬の量は、身長と体重からもとめた体表面積で決められます。お薬は決められた量をきちんと守り、あなたの判断で服用量を増やしたり減らしたりしないようにしてください。

治療開始時のゼローダの服用量

| 体表面積 | 1回服用量 | 1日服用量 |
|--|-------|-------|
| 1.31m ² 未満 | 3錠 | 6錠 |
| 1.31m ² 以上1.69m ² 未満 | 4錠 | 8錠 |
| 1.69m ² 以上2.07m ² 未満 | 5錠 | 10錠 |
| 2.07m ² 以上 | 6錠 | 12錠 |

朝・夕 2回

ゼローダを保管する際に、次のような点にご注意ください

- 湿気を避けて室温で保管する
- 誤飲を避けるため、子供の手の届かないところに保管する
- 決してほかの人に譲らない

譲り受けた人にとっては、有害となることもあります。たとえあなたと同じ病気や症状の人がいても、絶対に分けてあげてはいけません。

飲み忘れや、服用量を間違えたときは どうするの？

ゼローダを飲み忘れてしまった場合、気づいたときに飲んだり、次の服用時に2回分の量を飲んだりしないでください。次の服用時以降も、決められた量だけ飲んで、飲み忘れた分はそのまま残し、治療ダイアリー（30ページ～）に記入してください。

ゼローダを間違えて飲んでしまったときや、多く飲みすぎてしまったかもしれないと気づいたときは、すぐに担当医に連絡してください。



ゼローダ服用のポイント

- 飲み忘れた分を後から服用しない
- 2回分を一度に服用しない
- 誤って決められた量よりも多く服用した場合は
すぐに担当医に連絡する



どんな副作用があらわれるの？

XELIRI療法では、次のような副作用が多くみられます。

| | | |
|--------------------------------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 手足症候群 | ➡ | 14ページ |
| <input type="checkbox"/> 消化器症状 | | |
| ・便秘 | ➡ | 16ページ |
| ・下痢 | ➡ | 16ページ |
| ・そのほかの消化器症状 | ➡ | 18ページ |
| <input type="checkbox"/> 骨髄抑制 | ➡ | 19ページ |
| <input type="checkbox"/> 脱毛 | ➡ | 20ページ |

そのほか、動悸や息切れ、頭痛、めまい、疲労・脱力といった倦怠感、口内炎などの症状があらわれることがあります。



ベバシズマブを併用する場合は、左ページの副作用のほかに、次のような副作用がみられることがあります。

- 高血圧 ➡ 22ページ
- 尿にたん白が出る(たん白尿)
- 粘膜からの出血 (鼻血、歯ぐきなどからの出血) ➡ 23ページ

また、次のような注意を要する副作用が報告されています。

- 消化管に穴があく(消化管穿孔)^{しょうか かんせんこう} ➡ 23ページ
- 傷口が治りにくくなる(創傷治癒遅延)^{そうしょうち ゆ ちえん}
- 腫瘍(がん)からの出血
- 動脈や静脈の中に血液のかたまりができる (心筋梗塞、脳梗塞、深部静脈血栓症*など)^{しん ぶ じょうみやくけっせんしやう}
- けいれん発作、視覚障害 など(可逆性後白質脳症候群**)^{かぎやくせいこうはくしつのおうしょうしやうこうぐん}
- 感染症
- うっ血性心不全
- 肺の炎症(間質性肺炎)
- 毛細血管に血液のかたまりができる(血栓性微小血管症)
- 動脈の壁の内層が破れて、壁の中間層から剥がれる (動脈解離)

*深部静脈血栓症とは、足の表面ではなく、深いところにある太い血管に血栓ができ、血の流れが悪くなることで障害が出る病気です。

**可逆性後白質脳症候群とは、急激に血圧が上昇することで大脳におこる病気です。適切な治療を行うことで回復することから“可逆性”とされています。



XELIRI療法による副作用

■手足症候群

ゼローダの主な副作用として、手足症候群が報告されています。手足症候群とは、手や足がヒリヒリ・チクチクする、赤く腫れるなどのほか、皮膚にひび割れや水疱が生じたりして、痛みが出るような状態がみられるものです。また、皮膚に色素が沈着したり、爪の色が変化したり変形したりすることもあります。



ヒリヒリ・チクチクする、
手が痛む、ものがつかめ
ない

指先や手のひらが赤くなる、
腫れる、テカテカする

足の裏がかさかさする、
ひび割れする

ゼローダ服用中はハンドクリームなどで手足の乾燥を防ぐといったセルフケア（自己管理）が必要です。手、足、爪にふだんと違った症状があらわれたときには、右記のようなセルフケアを行いながら注意深く観察し、なるべく症状がひどくならないように心がけ、受診時に担当医に症状をお伝えください。**明らかな痛みを感じた場合はゼローダを服用せずに担当医に相談してください。**

症状によっては、ゼローダの服用を一時的にお休みしたり、服用する量を少なくしたり、中止するよう担当医から指示されることがあります。また、症状が悪化した場合、指紋がなくなることがありますので、銀行など指紋認証機能を使用されている場合は気をつけてください。

! 次のような症状があらわれたら、ゼローダを服用せずに担当医に相談してください。

▶ **手足が赤く腫れて痛みがある**

セルフケアのポイント

- 担当医に処方されたハンドクリームや保湿剤などで手足の乾燥を防ぎましょう。
特に、手を洗った後や入浴後など濡らした後は、保湿を心がけ1日5回を目標に、こまめに塗りましょう。
- ④ 治療ダイアリーのページに、保湿した回数をチェックする項目があります。
- 手足を安静に保ちましょう（手足を温めすぎたり、過度に足に体重がかかったり、固い靴で摩擦を受けると症状が悪化する可能性があります）。
- 症状がある部分には、やわらかいパッドなどをあててみましょう。
- 塗り薬や飲み薬が処方されることもあります。
お薬の種類や使い方は、患者さんの症状に合わせて決めていきます。必ず担当医の指示を守って使うことが大切です。





XELIRI療法による副作用

■消化器症状

便秘

便秘の症状がおこることがあります。

あらかじめ担当医から下剤をもらっておきましょう。

治療終了後から翌日の午前中までに便が出なければ、下剤を飲んで便を出すようにしましょう。

下痢

下痢の症状がおこることがあります。治療当日の早期におこる場合と、4～8日後に遅れておこる場合があります。

あらかじめ担当医から下痢止めをもらっておきましょう。

水のような便になったり、頻回の下痢になった場合は脱水症状をおこす危険性があるため、必ず病院に連絡してください。



遅発性の下痢を予防するポイント

翌日までに便を出すようにしましょう。

翌日までに便を出すことで、治療開始4～8日後におこる遅発性の下痢の症状を抑えられる可能性があります。



次のような症状に気づいたら、すぐに病院に連絡してください。

▶ **下痢がひどいとき**

- ・1日の排便回数が通常より3~4回多い場合
- ・水のような便が出た場合



セルフケアのポイント

下痢のとき

- 脱水に要注意。水分補給を心がけましょう。
- 排便時には、肛門を清潔に保ちましょう。
- お腹や下半身を温かくしながら、安静にしましょう。
- おかゆやうどんなど、消化のよいものを食べるよう心がけましょう。
- 食物繊維の多いもの、脂っこいもの、刺激の強いもの、カフェインの多いもの（コーヒーや紅茶）はなるべく避けましょう。





XELIRI療法による副作用

そのほかの消化器症状

腹痛、吐き気・嘔吐、食欲不振、口内炎などの消化器症状がおこることもあります。



次のような症状に気づいたら、すぐに病院に連絡してください。

- ▶ **吐き気や嘔吐、口内炎の症状により、食事がとれなくなったとき**



セルフケアのポイント

吐き気・嘔吐、食欲不振のとき

- 食べたいものを少しずつ食べましょう。
- 熱いものは匂いが強いので、冷ましてから食べましょう。

口内炎の予防

- こまめなうがいや食後の歯磨きを心がけ、口の中を清潔に保ちましょう。



■骨髄抑制

白血球や赤血球、血小板が減るといった骨髄抑制がおこることがあります。特に白血球が著しく減った場合には、感染がおこりやすくなります。38℃以上の発熱がある場合には、感染がおこっている可能性が高いので、必ず病院に連絡してください。



次のような症状に気づいたら、
すぐに病院に連絡してください。

▶ **38℃以上の発熱**



セルフケアのポイント

感染症の予防（白血球が減っているとき）

- 手洗い・うがいを常に心がけましょう。
- 入浴・シャワーでいつもからだを清潔に保ちましょう。
- 外出時には人ごみを避けましょう。



貧血気味るとき（赤血球が減っているとき）

- 十分な睡眠をとり、休養を心がけましょう。
- 起き上がるとき、立ち上がるときはゆっくりと行いましょう。

出血の予防（血小板が減っているとき）

- 激しい動作の仕事やスポーツは避けましょう。
- 転倒、外傷、打撲しないように注意しましょう。
- 歯磨きはやさしく行いましょう。



XELIRI療法による副作用

■脱毛

治療開始2週目ごろから一時的に髪の毛やからだの毛が抜けることがあります。

個人差はありますが、治療が終われば数ヵ月後に再び生えてきます。なお、治療の途中で生えてくることもあります。毛の抜け方・生え方と治療の効果は関係ありません。



セルフケアのポイント

- 帽子やかつらをあらかじめ用意しておくといいでしょう。
- 髪の毛が長い方は、あらかじめ短くしておくとう手入れがしやすいです。



ベバシズマブによる副作用

■高血圧

ベバシズマブによる治療を行うことで、高血圧になることがあります。高血圧に対しては、一般的な高血圧のお薬による治療が行われ、程度によってはベバシズマブによる治療を中止することもあります。治療期間中は、定期的に血圧を測定することが大切です。



次のような症状に気づいたら、すぐに病院に連絡してください。

▶ 急に血圧が高くなった

▶ がまんできないような頭痛



セルフケアのポイント

血圧のチェック

- 自宅でも家庭用血圧計を使い、定期的に血圧をチェックして、治療ダイアリーに記録しておきましょう。



■鼻血

鼻血が出ることがあります。自然にまたは鼻をつまみ圧迫することで止まることがほとんどです。

 次のような場合は、すぐに病院に連絡してください。

▶ 10～15分たっても鼻血が止まらない

■消化管穿孔

ベバシズマブによる治療中、消化管に穴があくことがあります。経験したことの無い強い腹痛を感じたら、すぐに病院に連絡してください。

 今までに経験のないほどの強い腹痛がおきたときは、

▶ 痛み止めは飲まずに
すぐに病院に連絡してください

副作用について、ほかに気になることがありましたら病院に連絡してください。



日常生活で気をつけることは？

特に具合が悪くない限り、今までどおり普通の生活をして大丈夫です。からだの調子がすぐれないときは、無理をせずゆっくり休みましょう。



日常生活で気をつけること

食事

- できるだけ栄養のあるものを、バランスよくきちんと食べましょう。また、薄味を心がけ、1回にたくさんの量を食べないようにしましょう。
- 食欲のないときや吐き気があって食べられないときは、栄養のバランスよりも、食べたいものや食べられそうなものを選ぶようにしましょう。
ただし、口内炎があらわれた場合には、刺激物や辛い食べものは避けましょう。
- 人工肛門の方は、食べものによっては便の状態（硬くなる、軟らかくなる、臭くなる、ガスが出やすくなるなど）が変わりますので、注意しましょう。
- グレープフルーツジュースやセイヨウオトギリソウ（セント・ジョーンズ・ワート）含有食品はひかえましょう。
イリノテカンの作用に影響をおよぼす可能性があります。



運動

- 散歩や軽い運動は、気分転換もかねて積極的に行いましょう。
日課にはせず、調子の良い日に行いましょう。



眠れないとき

- 眠れないときや、寝た気がしないときには、一時的に睡眠薬や緊張をほぐすお薬を服用すると、よく眠れるようになります。担当医に相談してください。



疲れたとき

- 疲れたときや、精神的につらいときは、仕事や家事は後回しにして、のんびり休むことが一番です。
- 不安がつのったときは、色々な人と話をしてみましょう。声に出して人と話すことで落ち着くこともあります。



Q&A

治療費が心配なのですか？

医療費が高額になった場合には、「高額療養費制度」や「医療費控除」などを利用すると、一定の額を超えた医療費の払い戻しや税金の控除が受けられます。また1年間に3回以上、高額医療費の支給を受けると「多数回該当制度」によって、自己負担額がさらに軽減されます。

加入している医療保険の種類によって内容が異なる場合がありますので、詳しくは病院の相談窓口やご加入の医療保険窓口でおたずねください。



薬局で購入した薬を飲んでも大丈夫？

治療で使っているお薬以外の服用については、薬局で購入したお薬を含め担当医または薬剤師に相談してください。他のお薬と一緒に服用すると、思わぬ副作用があらわれることがあります。

もし、他の病院でもらったお薬があれば、担当医または薬剤師にお知らせください。

子供がほしいけれど、治療を受けても大丈夫？

XELIRI療法を受けている間は、妊娠しないように気をつけてください。男性の場合も治療中は避妊してください。妊娠中は、胎児に障害をおよぼす可能性があります。もし、妊娠してしまったら、すぐに担当医に相談してください。

XELIRI+ベバシズマブ療法を受けている場合は、治療中だけでなく、治療終了後少なくとも6ヵ月は避妊しましょう。



治療が終われば、授乳をしても大丈夫？

XELIRI療法を受けている間は、授乳は避けてください。母乳を介して乳児に悪影響を与えることがあります。

XELIRI+ベバシズマブ療法を受けている場合は、治療中だけでなく、治療終了後6ヵ月は授乳は避けましょう。



治療ダイアリー記入例

XELIRI療法、XELIRI+ベバシズマブ療法による治療を安全に受けていただくためには、あなた自身が常に自分の体調を知っておくこと、また、ゼローダを正しく服用することが大切です。気になる症状やゼローダの服用状況について記入例を参考にして「治療ダイアリー」に記入しましょう。

1

ゼローダの服用 朝・夕食後

ゼローダは1日2回、朝食後と夕食後に服用します。服用したら印をつけて、飲み忘れには十分注意しましょう。

3

便の状態

固形便の場合は○、軟便は△、水様便は×を記入しましょう。

5

手足の症状

ふだんと明らかに違うな、何となくおかしいなと思ったら印をつけましょう。また、痛み(手足の痛み、ものが持てない、歩けないなどの症状)が出たときは、ゼローダを服用せずに担当医に相談してください。

7

保湿をしたら、□にチェックをつけていきましょう。目標は1日5回です。

8

XELIRI+ベバシズマブ療法を受けているとき、チェックしてください。

| | | (1)コ | | |
|------------|---|--------|-----|-----|
| 月/日 | | 9/21 | /22 | /23 |
| 通院した日 | | 点滴 | | |
| 服用開始 | <input type="checkbox"/> 点滴をした日の夕食後からゼローダ服用開始 | 夕 | 朝 | 夕 |
| | <input type="checkbox"/> 点滴翌日の朝食後からゼローダ服用開始 | | 朝 | 夕 |
| 排便回数 | | 1回 | 2回 | 2回 |
| 便の状態 | | ○ | △ | △ |
| 消化器の症状 | | 固形便: ○ | | |
| 吐き気や嘔吐 | | | 2回 | |
| 腹痛 | | | | |
| 口内炎 | | | | |
| 食欲不振 | | | | |
| 手 | 赤い・腫れ | | | |
| | ひび割れ・水疱 | | | |
| 痛み | | | | |
| 足 | 赤い・腫れ | | | |
| | ひび割れ・水疱 | | | |
| 痛み | | | | |
| 手足の症状 | チエックした回数 | 1回 | 2回 | 3回 |
| | 保湿した回数 | 2回 | 3回 | 4回 |
| | 保湿した回数 | 3回 | 4回 | 5回 |
| | 保湿した回数 | 4回 | 5回 | |
| | 保湿した回数 | 5回 | | |
| めまい、フラフラ感 | | | | |
| だるさ | | | | |
| 脱毛 | | | | |
| 治療を受けている場合 | 血圧 | 最高 | 135 | 142 |
| | | 最低 | 75 | 75 |
| | 頭痛 | | | |
| | 鼻血 | | | |
| | 血便・出血 | | | |

※上記以外にいつもと違う症状を感じたら記入
※体温・体重を定期的にはかりましょう。

メモ (気になることや担当医に伝えておき
9/22 点滴をした翌日から2日
9/27 夕 飲み忘れ

治療ダイアリー()コース

| | | ()コース 1週目 | | | | | | | | | | |
|--------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| 通院した日 | | 点滴 | | | | | | | | | | |
| 服用開始 ゼロータ | <input type="checkbox"/> 点滴をした日の夕食後からゼロータ服用開始 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| | <input type="checkbox"/> 点滴翌日の朝食後からゼロータ服用開始 | | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| 消化器の症状 | 排便回数 | | | | | | | | | | | |
| | 便の状態 | 固形便:○ 軟便:△ 水様便:× | | | | | | | | | | |
| | 吐き気や嘔吐 | | | | | | | | | | | |
| | 腹痛 | | | | | | | | | | | |
| | 口内炎 | | | | | | | | | | | |
| | 食欲不振 | | | | | | | | | | | |
| 手足の症状 | 手 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | 足 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | チェックしましょう | 1回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 2回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 3回 | <input type="checkbox"/> |
| 4回 | | <input type="checkbox"/> | |
| 5回 | | <input type="checkbox"/> | |
| めまい、フラフラ感 | | | | | | | | | | | | |
| だるさ | | | | | | | | | | | | |
| 脱毛 | | | | | | | | | | | | |
| 治療を受けている場合 | 血圧 | 最高 | | | | | | | | | | |
| | | 最低 | | | | | | | | | | |
| | 頭痛 | | | | | | | | | | | |
| | 鼻血 | | | | | | | | | | | |
| | 血便・出血 | | | | | | | | | | | |

※上記以外にいつもと違う症状を感じたら記入してください。

※体温・体重を定期的にはかりましょう。

メモ (気になることや担当医に伝えておきたいことをお書きください)

治療ダイアリー()コース

| | | ()コース 1週目 | | | | | | | | | | |
|--------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| 通院した日 | | 点滴 | | | | | | | | | | |
| 服用開始 ゼロータ | <input type="checkbox"/> 点滴をした日の夕食後からゼロータ服用開始 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| | <input type="checkbox"/> 点滴翌日の朝食後からゼロータ服用開始 | | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| 消化器の症状 | 排便回数 | | | | | | | | | | | |
| | 便の状態 | 固形便:○ 軟便:△ 水様便:× | | | | | | | | | | |
| | 吐き気や嘔吐 | | | | | | | | | | | |
| | 腹痛 | | | | | | | | | | | |
| | 口内炎 | | | | | | | | | | | |
| | 食欲不振 | | | | | | | | | | | |
| 手足の症状 | 手 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | 足 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | チェックしましょう | 1回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 2回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 3回 | <input type="checkbox"/> |
| 4回 | | <input type="checkbox"/> | |
| 5回 | | <input type="checkbox"/> | |
| めまい、フラフラ感 | | | | | | | | | | | | |
| だるさ | | | | | | | | | | | | |
| 脱毛 | | | | | | | | | | | | |
| 治療を受けている場合 | 血圧 | 最高 | | | | | | | | | | |
| | | 最低 | | | | | | | | | | |
| | 頭痛 | | | | | | | | | | | |
| | 鼻血 | | | | | | | | | | | |
| | 血便・出血 | | | | | | | | | | | |

※上記以外にいつもと違う症状を感じたら記入してください。

※体温・体重を定期的にはかりましょう。

メモ (気になることや担当医に伝えておきたいことをお書きください)

治療ダイアリー()コース

| | | ()コース 1週目 | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| 通院した日 | | 点滴 | | | | | | | | | | |
| 服用開始 ゼロ夕 | <input type="checkbox"/> 点滴をした日の夕食後からゼロ夕服用開始 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| | <input type="checkbox"/> 点滴翌日の朝食後からゼロ夕服用開始 | | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| 消化器の症状 | 排便回数 | | | | | | | | | | | |
| | 便の状態 | 固形便:○ 軟便:△ 水様便:× | | | | | | | | | | |
| | 吐き気や嘔吐 | | | | | | | | | | | |
| | 腹痛 | | | | | | | | | | | |
| | 口内炎 | | | | | | | | | | | |
| | 食欲不振 | | | | | | | | | | | |
| 手足の症状 | 手 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | 足 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | チェックしましょう | 1回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 2回 | <input type="checkbox"/> |
| 3回 | | <input type="checkbox"/> | |
| 4回 | | <input type="checkbox"/> | |
| 5回 | | <input type="checkbox"/> | |
| めまい、フラフラ感 | | | | | | | | | | | | |
| だるさ | | | | | | | | | | | | |
| 脱毛 | | | | | | | | | | | | |
| 治療を受けている場合 | 血圧 | 最高 | | | | | | | | | | |
| | | 最低 | | | | | | | | | | |
| | 頭痛 | | | | | | | | | | | |
| | 鼻血 | | | | | | | | | | | |
| | 血便・出血 | | | | | | | | | | | |

※上記以外にいつもと違う症状を感じたら記入してください。

※体温・体重を定期的にはかりましょう。

メモ (気になることや担当医に伝えておきたいことをお書きください)

治療ダイアリー()コース

| | | ()コース 1週目 | | | | | | | | | | |
|--------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| 通院した日 | | 点滴 | | | | | | | | | | |
| 服用開始 ゼロータ | <input type="checkbox"/> 点滴をした日の夕食後からゼロータ服用開始 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| | <input type="checkbox"/> 点滴翌日の朝食後からゼロータ服用開始 | | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| 消化器の症状 | 排便回数 | | | | | | | | | | | |
| | 便の状態 | 固形便:○ 軟便:△ 水様便:× | | | | | | | | | | |
| | 吐き気や嘔吐 | | | | | | | | | | | |
| | 腹痛 | | | | | | | | | | | |
| | 口内炎 | | | | | | | | | | | |
| | 食欲不振 | | | | | | | | | | | |
| 手足の症状 | 手 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | 足 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | チェックしましょう | 1回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 2回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 3回 | <input type="checkbox"/> |
| 4回 | | <input type="checkbox"/> | |
| 5回 | | <input type="checkbox"/> | |
| めまい、フラフラ感 | | | | | | | | | | | | |
| だるさ | | | | | | | | | | | | |
| 脱毛 | | | | | | | | | | | | |
| 治療を受けている場合 | 血圧 | 最高 | | | | | | | | | | |
| | | 最低 | | | | | | | | | | |
| | 頭痛 | | | | | | | | | | | |
| | 鼻血 | | | | | | | | | | | |
| | 血便・出血 | | | | | | | | | | | |

※上記以外にいつもと違う症状を感じたら記入してください。

※体温・体重を定期的にはかりましょう。

メモ (気になることや担当医に伝えておきたいことをお書きください)

治療ダイアリー()コース

| | | ()コース 1週目 | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| 通院した日 | | 点滴 | | | | | | | | | | |
| 服用開始 ゼロ夕 | <input type="checkbox"/> 点滴をした日の夕食後からゼロ夕服用開始 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| | <input type="checkbox"/> 点滴翌日の朝食後からゼロ夕服用開始 | | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| 消化器の症状 | 排便回数 | | | | | | | | | | | |
| | 便の状態 | 固形便:○ 軟便:△ 水様便:× | | | | | | | | | | |
| | 吐き気や嘔吐 | | | | | | | | | | | |
| | 腹痛 | | | | | | | | | | | |
| | 口内炎 | | | | | | | | | | | |
| | 食欲不振 | | | | | | | | | | | |
| 手足の症状 | 手 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | 足 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | チェックしましょう | 1回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 2回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 3回 | <input type="checkbox"/> |
| 4回 | | <input type="checkbox"/> | |
| 5回 | | <input type="checkbox"/> | |
| めまい、フラフラ感 | | | | | | | | | | | | |
| だるさ | | | | | | | | | | | | |
| 脱毛 | | | | | | | | | | | | |
| 治療を受けている場合 | 血圧 | 最高 | | | | | | | | | | |
| | | 最低 | | | | | | | | | | |
| | 頭痛 | | | | | | | | | | | |
| | 鼻血 | | | | | | | | | | | |
| | 血便・出血 | | | | | | | | | | | |

※上記以外にいつもと違う症状を感じたら記入してください。

※体温・体重を定期的にはかりましょう。

メモ (気になることや担当医に伝えておきたいことをお書きください)

治療ダイアリー()コース

| | | ()コース 1週目 | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| 通院した日 | | 点滴 | | | | | | | | | | |
| 服用開始 ゼロ夕 | <input type="checkbox"/> 点滴をした日の夕食後からゼロ夕服用開始 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| | <input type="checkbox"/> 点滴翌日の朝食後からゼロ夕服用開始 | | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| 消化器の症状 | 排便回数 | | | | | | | | | | | |
| | 便の状態 | 固形便:○ 軟便:△ 水様便:× | | | | | | | | | | |
| | 吐き気や嘔吐 | | | | | | | | | | | |
| | 腹痛 | | | | | | | | | | | |
| | 口内炎 | | | | | | | | | | | |
| | 食欲不振 | | | | | | | | | | | |
| 手足の症状 | 手 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | 足 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | チェックしましょう | 1回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 2回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 3回 | <input type="checkbox"/> |
| 4回 | | <input type="checkbox"/> | |
| 5回 | | <input type="checkbox"/> | |
| めまい、フラフラ感 | | | | | | | | | | | | |
| だるさ | | | | | | | | | | | | |
| 脱毛 | | | | | | | | | | | | |
| 治療を受けている場合 | 血圧 | 最高 | | | | | | | | | | |
| | | 最低 | | | | | | | | | | |
| | 頭痛 | | | | | | | | | | | |
| | 鼻血 | | | | | | | | | | | |
| | 血便・出血 | | | | | | | | | | | |

※上記以外にいつもと違う症状を感じたら記入してください。

※体温・体重を定期的にはかりましょう。

メモ (気になることや担当医に伝えておきたいことをお書きください)

治療ダイアリー()コース

| | | ()コース 1週目 | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| 通院した日 | | 点滴 | | | | | | | | | | |
| 服用開始 ゼロ夕 | <input type="checkbox"/> 点滴をした日の夕食後からゼロ夕服用開始 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| | <input type="checkbox"/> 点滴翌日の朝食後からゼロ夕服用開始 | | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| 消化器の症状 | 排便回数 | | | | | | | | | | | |
| | 便の状態 | 固形便:○ 軟便:△ 水様便:× | | | | | | | | | | |
| | 吐き気や嘔吐 | | | | | | | | | | | |
| | 腹痛 | | | | | | | | | | | |
| | 口内炎 | | | | | | | | | | | |
| | 食欲不振 | | | | | | | | | | | |
| 手足の症状 | 手 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | 足 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | チェックしましたよう | 1回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 2回 | <input type="checkbox"/> |
| 3回 | | <input type="checkbox"/> | |
| 4回 | | <input type="checkbox"/> | |
| 5回 | | <input type="checkbox"/> | |
| めまい、フラフラ感 | | | | | | | | | | | | |
| だるさ | | | | | | | | | | | | |
| 脱毛 | | | | | | | | | | | | |
| 治療を受けている場合 | 血圧 | 最高 | | | | | | | | | | |
| | | 最低 | | | | | | | | | | |
| | 頭痛 | | | | | | | | | | | |
| | 鼻血 | | | | | | | | | | | |
| | 血便・出血 | | | | | | | | | | | |

※上記以外にいつもと違う症状を感じたら記入してください。

※体温・体重を定期的にはかりましょう。

メモ (気になることや担当医に伝えておきたいことをお書きください)

治療ダイアリー()コース

| | | ()コース 1週目 | | | | | | | | | | |
|--------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 月/日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| 通院した日 | | 点滴 | | | | | | | | | | |
| 服用開始 ゼロータ | <input type="checkbox"/> 点滴をした日の夕食後からゼロータ服用開始 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| | <input type="checkbox"/> 点滴翌日の朝食後からゼロータ服用開始 | | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 | 朝 | 夕 |
| 消化器の症状 | 排便回数 | | | | | | | | | | | |
| | 便の状態 | 固形便:○ 軟便:△ 水様便:× | | | | | | | | | | |
| | 吐き気や嘔吐 | | | | | | | | | | | |
| | 腹痛 | | | | | | | | | | | |
| | 口内炎 | | | | | | | | | | | |
| | 食欲不振 | | | | | | | | | | | |
| 手足の症状 | 手 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | 足 | 赤い・腫れ | | | | | | | | | | |
| | | ひび割れ・水疱 | | | | | | | | | | |
| | | 痛み | | | | | | | | | | |
| | チェックしましょう | 1回 | <input type="checkbox"/> |
| | | 2回 | <input type="checkbox"/> |
| 3回 | | <input type="checkbox"/> | |
| 4回 | | <input type="checkbox"/> | |
| 5回 | | <input type="checkbox"/> | |
| めまい、フラフラ感 | | | | | | | | | | | | |
| だるさ | | | | | | | | | | | | |
| 脱毛 | | | | | | | | | | | | |
| 治療を受けている場合 | 血圧 | 最高 | | | | | | | | | | |
| | | 最低 | | | | | | | | | | |
| | 頭痛 | | | | | | | | | | | |
| | 鼻血 | | | | | | | | | | | |
| | 血便・出血 | | | | | | | | | | | |

※上記以外にいつもと違う症状を感じたら記入してください。

※体温・体重を定期的にはかりましょう。

メモ (気になることや担当医に伝えておきたいことをお書きください)

施設名

チェプラファーム株式会社

