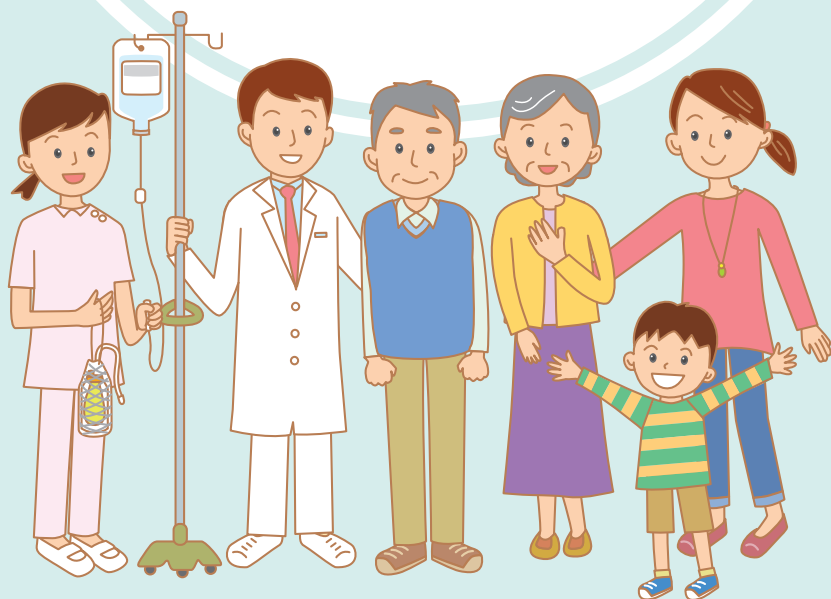


オキサリプラチン点滴静注液「NIG」の  
治療を受ける方へ

# オキサリプラチン による 治療のてびき



〔監修〕 東京大学医科学研究所附属病院  
腫瘍・総合内科 教授・診療科長  
朴 成和 先生



# 目次

## オキサリプラチンによる化学療法

|                  |   |
|------------------|---|
| 化学療法の役割/化学療法と副作用 | 3 |
| オキサリプラチンについて     | 4 |

フォルフォックス

## FOLFOX療法について

|                     |   |
|---------------------|---|
| FOLFOX療法とは          | 5 |
| FOLFOX4療法の治療スケジュール  | 7 |
| mFOLFOX6療法の治療スケジュール | 8 |

フォルフィリノックス

## FOLFIRINOX療法について

|                       |    |
|-----------------------|----|
| FOLFIRINOX療法とは        | 9  |
| FOLFIRINOX療法の治療スケジュール | 10 |

ケイボックス

ゼロックス

## CapeOX(XELOX)療法について

|                          |    |
|--------------------------|----|
| CapeOX(XELOX)療法とは        | 11 |
| CapeOX(XELOX)療法の治療スケジュール | 12 |

ソックス

## SOX療法について

|                |    |
|----------------|----|
| SOX療法とは        | 13 |
| SOX療法の治療スケジュール | 14 |

## 治療を始めるにあたって

|                 |    |
|-----------------|----|
| 治療を受ける前に        | 15 |
| 治療前の確認事項        | 16 |
| 点滴治療を受けているときの注意 | 17 |

## 主な副作用とその対処方法

|                       |    |
|-----------------------|----|
| 副作用の発現しやすい時期          | 18 |
| 末梢神経障害                | 19 |
| アレルギー反応               | 21 |
| 骨髄抑制                  | 22 |
| 消化器症状(吐き気、おう吐、下痢、口内炎) | 24 |
| その他の副作用(手足症候群、疲労感、脱毛) | 27 |

## 治療日記とメモの記載

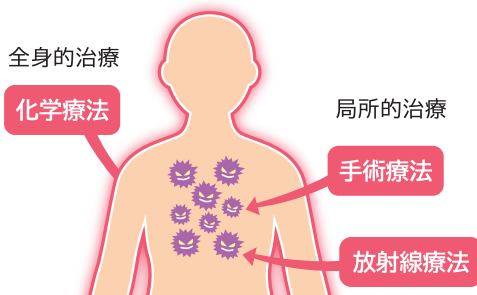
|                         |    |
|-------------------------|----|
| 記入例                     | 29 |
| FOLFOX療法またはFOLFIRINOX療法 | 30 |
| CapeOX(XELOX)療法またはSOX療法 | 32 |

# オキサリプラチンによる化学療法

## 化学療法の役割

がん治療の主な方法には、局所的治療としての「手術療法」、  
「放射線療法」および全身的治療としての「化学療法」があります。

化学療法では、投与された  
抗がん剤が全身のすみずみ  
まで運ばれがん細胞を攻撃  
しますので、全身に広がった  
がんの治療に有用な手段です。



## 化学療法と副作用

抗がん剤は、がん細胞のみならず正常な細胞にも働いてしまうため、それが副作用としてあらわれることになります。

抗がん剤による化学療法を効果的に実施するためには、副作用をいかに最小限に抑えて、治療を継続するかが重要です。

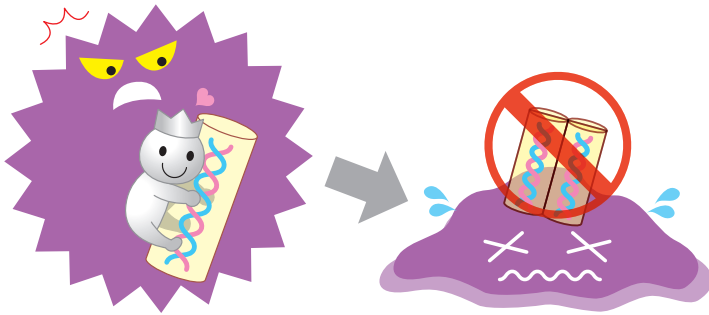
そのためには、患者さんやそのご家族が、あらかじめ副作用について知っておくことが不可欠です。

また、最近では副作用を予防したり、その症状を軽くする治療(支持療法)の進歩により、より安全で効果的な化学療法が行われるようになってきています。



## オキサリプラチンについて

オキサリプラチンは、白金（プラチナ）製剤と呼ばれる抗がん剤に分類されます。この種類のお薬は、がん細胞のDNAに結合してその複製を妨げることでがん細胞の増殖を抑え、がんを縮小・消滅させることができます。

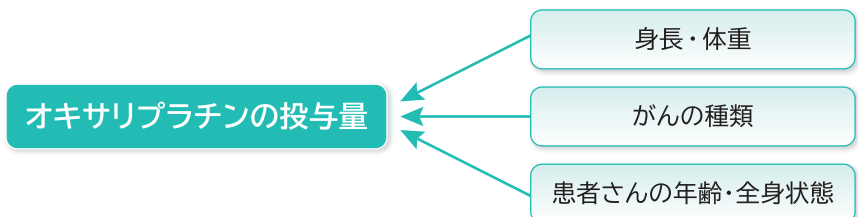


※イラストはイメージです。

## ●投与方法

オキサリプラチンは、患者さんの身長・体重に基づいて、患者さんの年齢や体調、および、それまでの副作用の程度などを考慮して投与量が決められ、点滴で投与されます。

通常、単独では使用されず、他のお薬と組み合わせて使用され、その組み合わせによって治療法の名前がつけられています。



# FOLFOX療法について

## FOLFOX療法とは

FOLFOX(フォルフォックス)療法は、レボホリナート、フルオロウラシル(5-FU)およびオキサリプラチンの3種類のお薬を組み合わせた治療方法です。

いくつかの投与方法がありますが、FOLFOX4(フォルフォックスフォー)およびmFOLFOX6(モディファイドフォルフォックスシックス)と呼ばれる投与方法が一般的に用いられています。

また、FOLFOX療法に分子標的治療薬と呼ばれるお薬が併用される場合があります。分子標的治療薬も、がん細胞の増殖や転移に関わる体の反応を抑えるお薬です。免疫チェックポイント阻害薬は、免疫細胞の働きを抑制する「免疫チェックポイント」を阻害することで、がん細胞に対する免疫を活性化・持続させるお薬です。

### FOLFOX療法

【使われるお薬】

レボホリナート  
フルオロウラシル(5-FU)  
**オキサリプラチン**

【主な投与方法】

FOLFOX4  
mFOLFOX6

±

### 分子標的治療薬

**ベバシズマブ**\*1

または

**セツキシマブ**\*1

または

**パニツムマブ**\*1

または

**ゾルベツキシマブ**\*2

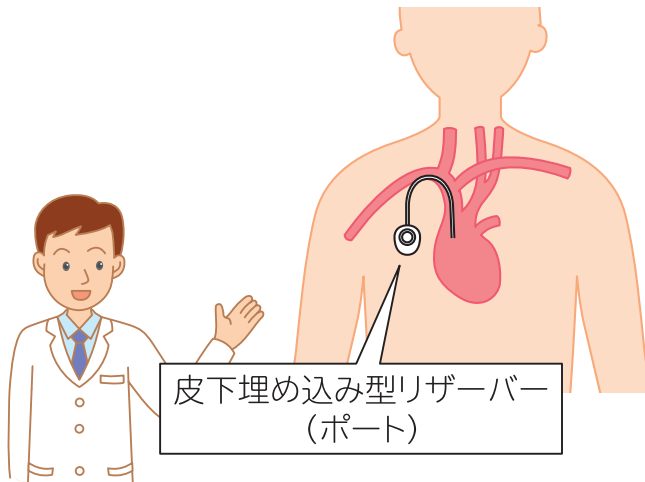
または

**免疫チェックポイント阻害薬**

**ニボルマブ**\*2

\*1:大腸がん \*2:胃がん

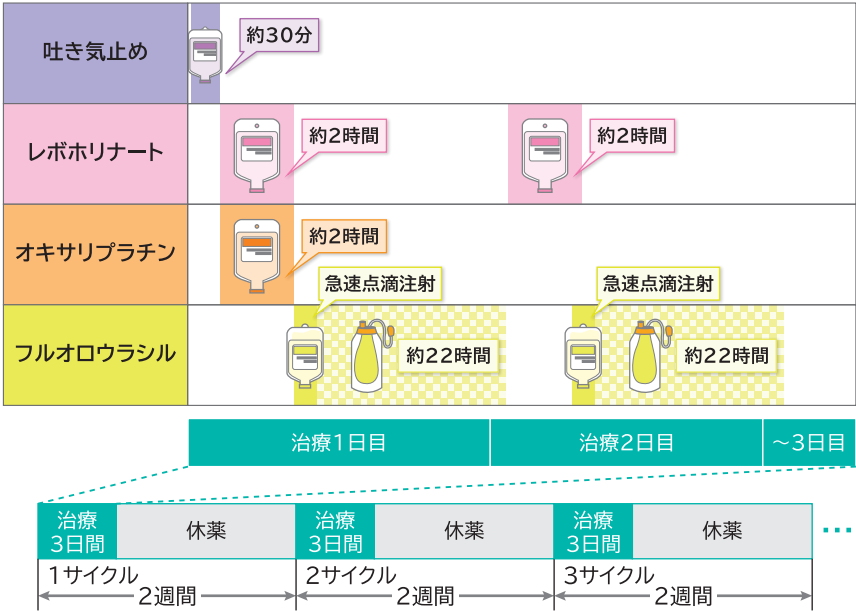
FOLFOX療法では、お薬の投与開始から投与終了まで48時間(3日目まで)かかりますので、通常、治療を始める前に「皮下埋め込み型リザーバー(ポート)」と呼ばれる器具を留置し、ここからお薬を投与します。



## FOLFOX4療法の治療スケジュール

FOLFOX4療法による治療は2週間を1サイクルとし、1日目に吐き気止めのお薬を点滴し、次いでレボホリナートとオキサリプラチンを約2時間かけて点滴します。その後フルオロウラシルを急速点滴注射し、さらにフルオロウラシルを約22時間かけて持続注入します。2日目はレボホリナートを約2時間かけて点滴し、次いでフルオロウラシルを急速点滴注射し、さらにフルオロウラシルを約22時間かけて持続注入し、その後は休薬します。

通常、この2週間のサイクルを繰り返しながら治療をすすめます。

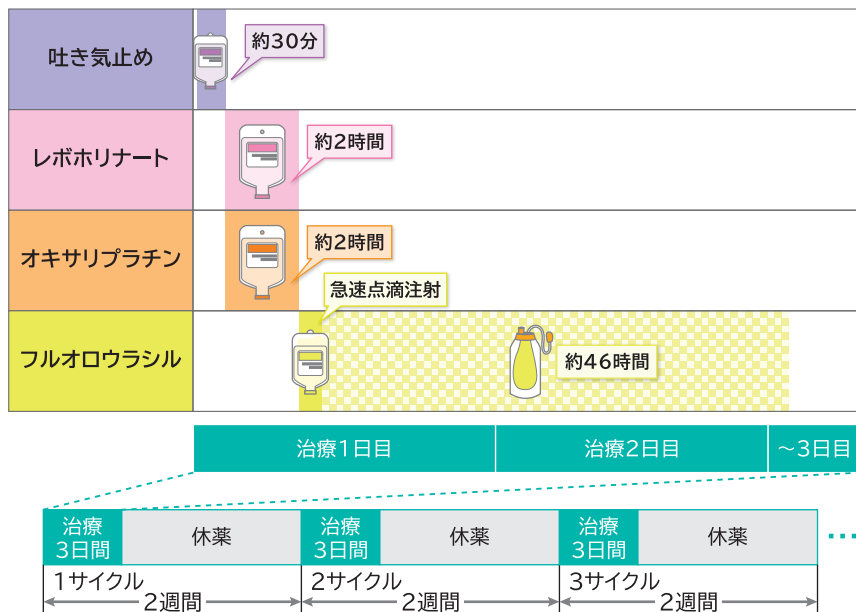


ここに示した投与スケジュールは参考例です。分子標的治療薬など他のお薬が投与される場合や、患者さんの状態によって、スケジュールが変更になる場合があります。

## mFOLFOLFOX6療法の治療スケジュール

mFOLFOLFOX6療法による治療は2週間を1サイクルとし、1日目に吐き気止めのお薬を点滴し、次いでレボホリナートとオキサリプラチンを約2時間かけて点滴します。その後フルオロウラシルを急速点滴注射し、さらにフルオロウラシルを約46時間かけて持続注入し、その後は休薬します。

通常、この2週間のサイクルを繰り返しながら治療をすすめます。



ここに示した投与スケジュールは参考例です。分子標的治療薬など他のお薬が投与される場合や、患者さんの状態によって、スケジュールが変更になる場合があります。

# FOLFIRINOX療法について

## FOLFIRINOX療法とは

FOLFIRINOX(フォルフィリノックス)療法は、レボホリナート、フルオロウラシル(5-FU)、イリノテカンおよびオキサリプラチンの4種類のお薬を組み合わせた治療方法です。

FOLFOX4やmFOLFOX6に比べ、副作用が強く、患者さんへの適用は慎重に検討されます。

FOLFOX療法と同様に、お薬の投与開始から投与終了まで48時間(3日目まで)かかりますので、通常、治療を始める前に「皮下埋め込み型リザーバー(ポート)」と呼ばれる器具を留置してお薬を投与します。

### FOLFIRINOX療法

【使われるお薬】

レボホリナート

フルオロウラシル(5-FU)

イリノテカン

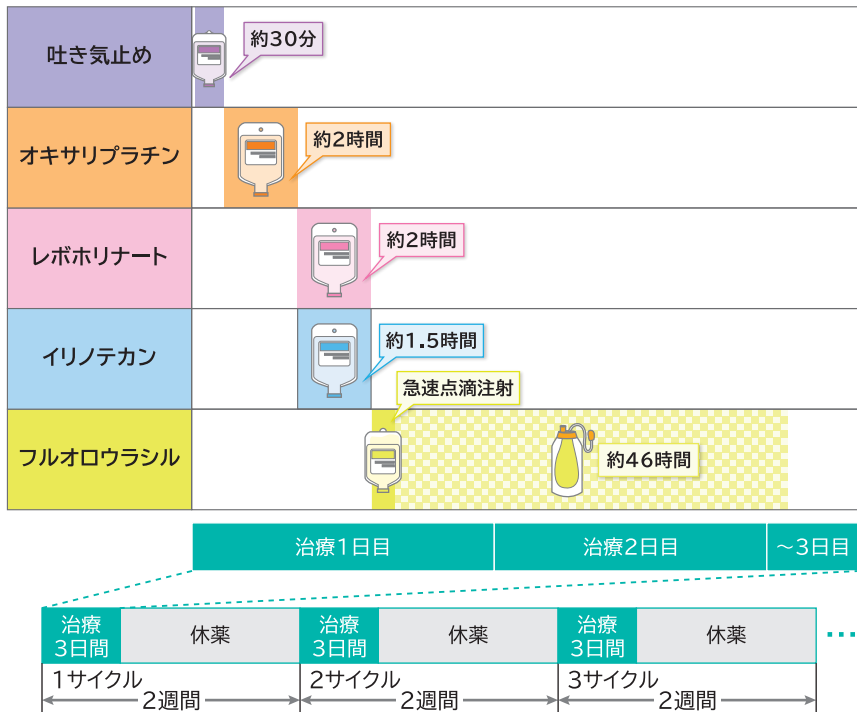
オキサリプラチン



## FOLFIRINOX療法の治療スケジュール

FOLFIRINOX療法による治療は2週間を1サイクルとし、1日目に吐き気止めのお薬を点滴し、次いでオキサリプラチンを約2時間かけて点滴します。次いでレボホリナートおよびイリノテカンをそれぞれ約2時間および約1.5時間かけて点滴します。その後フルオロウラシルを急速点滴注射し、さらにフルオロウラシルを約46時間かけて持続注入し、その後は休薬します。

通常、この2週間のサイクルを繰り返しながら治療をすすめます。



ここに示した投与スケジュールは参考例です。他のお薬が投与される場合や、患者さんの状態によって、スケジュールが変更になる場合があります。

# CapeOX (XELOX) 療法について

## CapeOX (XELOX) 療法とは

CapeOX (ケイボックス) 療法は、XELOX (ゼロックス) 療法とも呼ばれ、注射薬のオキサリプラチンと内服薬のカペシタビンの2種類のお薬を組み合わせた治療方法です。

また、CapeOX (XELOX) 療法に分子標的治療薬と呼ばれるお薬が併用される場合があります。分子標的治療薬も、がん細胞の増殖や転移に関わる体の反応を抑えるお薬です。免疫チェックポイント阻害薬は、免疫細胞の働きを抑制する「免疫チェックポイント」を阻害することで、がん細胞に対する免疫を活性化・持続させるお薬です。

### CapeOX療法 (XELOX療法)

【使われるお薬】

**オキサリプラチン**  
カペシタビン

±

### 分子標的治療薬

**ベバシズマブ\*1**

または

**トラスツズマブ\*2**

または

**ゾルベツキシマブ\*2**

または

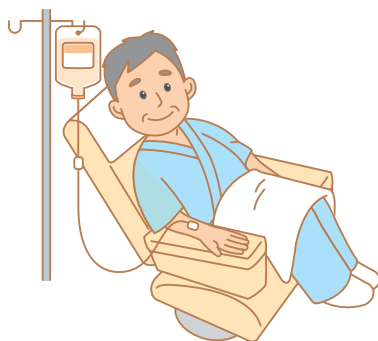
### 免疫チェックポイント阻害薬

**ニボルマブ\*2**

または

**ペムブロリズマブ\*2**

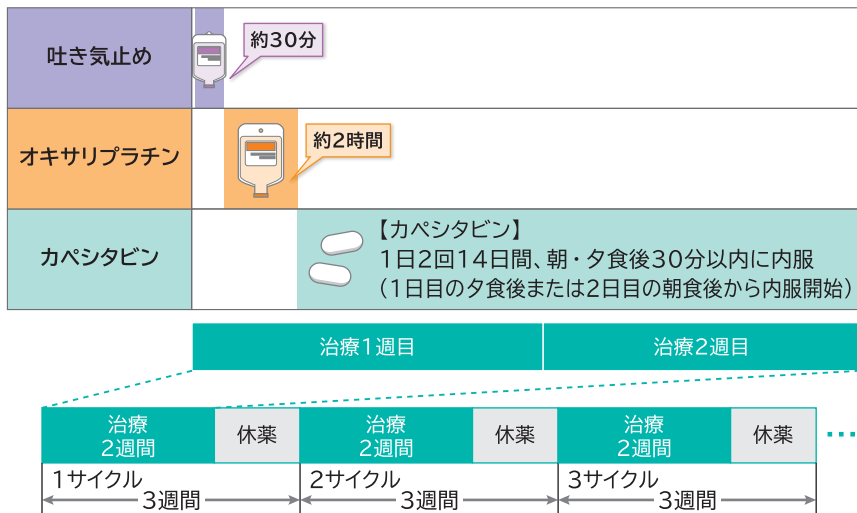
\*1: 大腸がん \*2: 胃がん



## CapeOX(XELOX)療法の治療スケジュール

CapeOX(XELOX)療法による治療は、3週間を1サイクルとし、1日目に吐き気止めのお薬を点滴し、次にオキサリプラチンを約2時間かけて点滴します。また、1日目の夕食後または2日目の朝食後からカペシタビンを1日2回14日間内服し、その後は1週間休薬します。

通常、この3週間のサイクルを繰り返しながら治療を進めます。



ここに示した投与スケジュールは参考例です。分子標的治療薬など他のお薬が投与される場合や、患者さんの状態によって、スケジュールが変更になる場合があります。

# ソックス SOX療法について

## SOX療法とは

SOX(ソックス)療法は、注射薬のオキサリプラチンと内服薬のS-1(テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム)の2種類のお薬を組み合わせた治療方法です。

また、SOX療法に分子標的治療薬と呼ばれるお薬が併用される場合があります。分子標的治療薬も、がん細胞の増殖や転移に関わる体の反応を抑えるお薬です。免疫チェックポイント阻害薬は、免疫細胞の働きを抑制する「免疫チェックポイント」を阻害することで、がん細胞に対する免疫を活性化・持続させるお薬です。

### SOX療法

【使われるお薬】

**オキサリプラチン**

**S-1**

(テガフル・ギメラシル・  
オテラシルカリウム配合剤)

±

### 分子標的治療薬

**ベバシズマブ\*1**

または

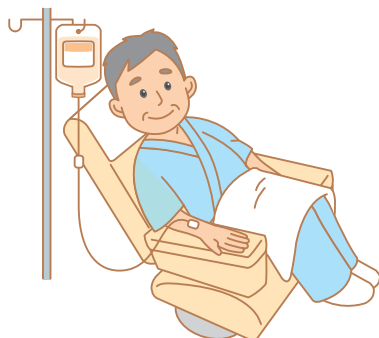
**トラスツズマブ\*2**

または

**免疫チェックポイント阻害薬**

**ニボルマブ\*2**

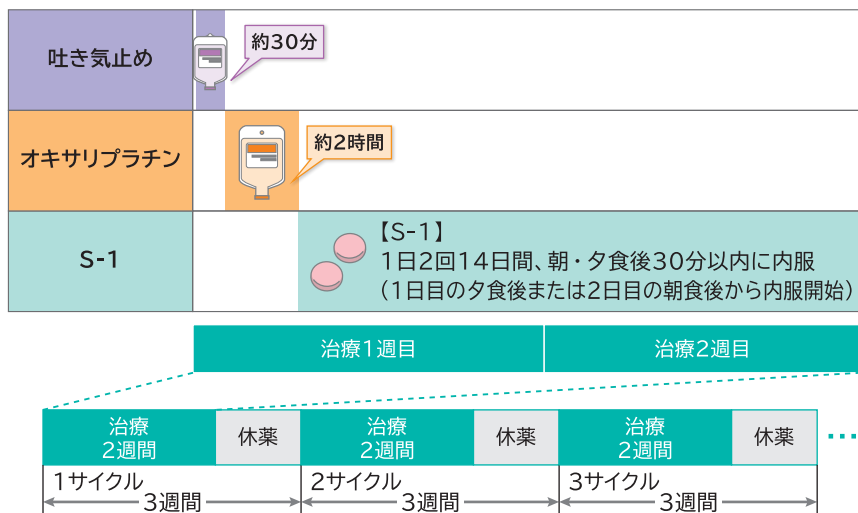
\*1:大腸がん \*2:胃がん



## SOX療法の治療スケジュール

SOX療法による治療は、3週間を1サイクルとし、1日目に吐き気止めのお薬を点滴し、次にオキサリプラチンを2時間かけて点滴します。また、1日目の夕食後または2日目の朝食後からS-1を1日2回14日間内服し、その後は1週間休薬します。

通常、この3週間のサイクルを繰り返しながら治療を進めます。



ここに示した投与スケジュールは参考例です。分子標的治療薬など他のお薬が投与される場合や、患者さんの状態によって、スケジュールが変更になる場合があります。

# 治療を始めるにあたって

## 治療を受ける前に

- 治療に際しては、規則正しい食事や、十分な睡眠をとり、体調を良い状態に保つように心がけましょう。
- 不安や苦痛に思っていることを、ご家族や医師・看護師等まわりの人に遠慮なく話しましょう。誰かに聞いてもらうことで気持ちが楽になります。また、病院には心のケアの専門家もいますので、相談してみることも一つの方法です。
- 以前に使用したお薬で発疹やかゆみなどのアレルギー症状が出たことがある方は、そのお薬について主治医にお伝えください。
- 現在、お使いになっているお薬がある場合には、主治医にお伝えください。
- 他の医療機関を受診される際は、化学療法を受けていることとそのお薬の名前をお伝えください。

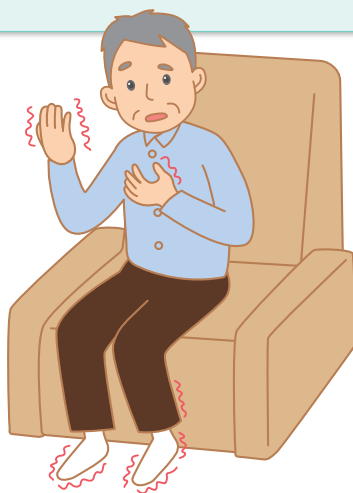


## 治療前の確認事項

下記のような症状がある場合は、必ず担当の医師にお伝えください。

次の人はオキサリプラチンを使用することができません。

- ☐ 感覚が鈍っている、または、しびれなどのために、手・足や口をスムーズに動かすことができない人（高度の神経障害）
- ☐ オキサリプラチンや他の白金（プラチナ）製剤で発疹やかゆみ、息苦しさ、腹痛や吐き気、顔面蒼白などの症状が出たことがある人
- ☐ 妊娠している、または妊娠している可能性がある人  
授乳中の人

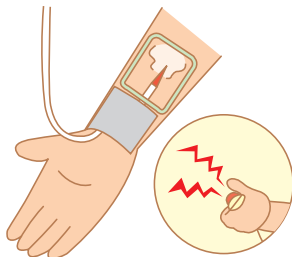


## 点滴治療を受けているときの注意

点滴薬が血管の外に漏れると、腫れたり、赤くなったり、痛くなってきたりすることがあります。**点滴中**はできるだけ**安静**にしてください。



万一、**お薬が漏れたとき**には、ただちに医師や看護師にお伝え下さい。速やかに適切な処置を行います。



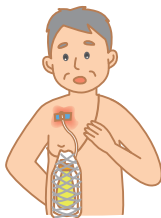
点滴の**注射針を刺したところ**が、硬くなったり、痛くなったり、腫れてきたり、熱い感じがしたり、かゆみなどの違和感があらわれた場合には、ただちに医師や看護師にお伝えください。



点滴の途中で吐き気を感じたり、**気分が悪くなった場合**には、早めに医師や看護師に申し出てください。



自宅等で携帯型ポンプ使用中に、注射針を刺したところに痛みや腫れ、熱っぽさを感じた場合には、すぐに医療機関に連絡してください。



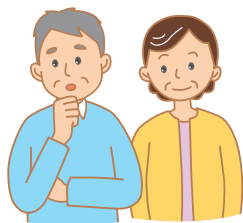
# 主な副作用とその対処方法

化学療法の施行中には何らかの副作用があらわれることがあります。そのため、いつ、どのような副作用が起こるかを予測して、その対策をたてておくことは副作用の予防や症状を和らげるのに役立ちます。また、人によってその症状や程度は様々ですが、治療を延期したりお薬の量を減らしたり、中止しなければならない場合もあります。

## 副作用の発現しやすい時期

点滴中  
～数日

- 過敏症
- 吐き気・おう吐・食欲不振
- 腎障害
- 発疹
- 全身倦怠感
- 末梢神経障害
- 肝障害
- 下痢



数日  
～数週間

- 疲労感
- 体重減少
- 骨髄抑制(感染症、貧血、出血)
- 下痢
- 手足の腫れ・痛み・色素沈着
- 口内炎
- 発熱

数週間  
～数カ月

- 脱毛
- アレルギー反応
- 末梢神経障害

## 末梢神経障害

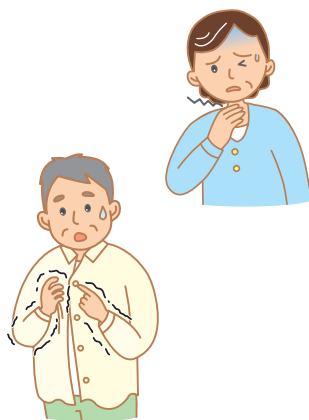
抗がん剤によって末梢神経が傷害を受けると、手・足や口のまわりのしびれなどの感覚異常があらわれることがあります。

この症状は、抗がん剤の投与後すぐにあらわれたり、冷たいものに触ると誘発されることもあり、治療を繰り返していくことで症状が持続するようになります。

症状が悪化したり、長引いたりする場合には、日常生活に支障をきたすこともあり、主治医に御相談ください。

### このような症状のときは、医療スタッフに相談を

- のどがしめつけられるような感じがする。  
呼吸できないような感じがする。
- 飲み物や食べ物を飲み込みにくい。
- 手足のしびれや痛みのために  
文字を書きにくい、ボタンをかけにくい、  
歩きにくい。



日常生活の  
アドバイス

末梢神経障害は、冷たい空気や物に触れると症状が出たり、悪化したりしますので以下のことに注意しましょう。

- 冷たい飲み物・食べ物とはらないようにしましょう。
- 冷気にあたらないようにしましょう。
- 冷たいものに直接触れないように手袋を着用しましょう。
- 手や顔を洗うときはぬるま湯を使いましょう。
- 気温が低いときには、手袋・マフラーなどを着用し、マスクをしましょう。
- 素足で歩かないで靴下やスリッパをはきましょう。
- 多くの場合、呼吸できない感じがしても、のどの感覚異常によるものであり、実際には酸素が十分とれています。ただし、まれに間質性肺炎といった重篤な副作用もおこります。咳を伴う場合や労作時に息苦しさが増強する場合には医療スタッフにすぐに連絡ください。



## アレルギー反応

抗がん剤によって、じんま疹、腹痛や嘔吐、息苦しさなどの症状があらわれることがあります。症状が重い場合には、血圧の低下や意識の混濁などのショック症状を起こすこともあります。

これらの症状はアレルギー反応として、薬剤の投与中、投与後数時間あるいは数日してからあらわれることがあります。

また、はじめて薬剤の投与を受けた時に起こる場合と治療を何サイクルか繰り返した後に起こる場合もあります。

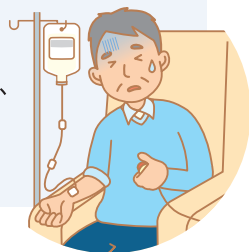
### このような症状のときは、医療スタッフに相談を

- 皮膚が赤い、じんま疹が出ている。
- 腹痛がある、吐き気がする。
- 声がかすれる、くしゃみが出る、のどがかゆい、息苦しい。
- 顔色が青白い、意識がはっきりしない。



### 日常生活の アドバイス

- 症状を感じたら、すぐに医療スタッフに知らせましょう。
- 症状が出て慌てず、深呼吸をして気持ちを落ち着かせましょう。
- 症状が落ち着いた後も安静が必要な場合や、アレルギーを抑えるお薬を服用する場合があります、医師の指示を守りましょう。



## 骨髄抑制

抗がん剤治療により、血液をつくる骨髄のはたらきが抑えられると、白血球、赤血球、血小板などが減少して、さまざまな好ましくない症状が出る場合があります。

骨髄抑制の副作用は、自分で気付きにくいので、定期的に血液検査を行います。指示された検査は必ず受けるようにしてください。

### 白血球減少

白血球は、体を病原菌から守り、感染症を防ぐ働きがあります。白血球が少なくなると、体の抵抗力が弱まり、かぜや肺炎などにかかりやすくなります。

### このような症状のときは、医療スタッフに相談を

- 37.5℃以上の発熱がある。
- 寒気や悪寒がする。
- 咳が出たり、喉に痛みを感じる。
- 体がだるく、ふしぶしが痛む。
- 尿のにごり、排尿時の痛み、残尿感がある。



### 日常生活のアドバイス

- 食事の前や排せつの前後、外出後は丁寧に手洗い、うがいをしましょう。
- シャワー、入浴などで体を清潔に保ちましょう。



### 赤血球減少 (貧血)

赤血球が少なくなると、貧血の症状が出る場合があります。

#### このような症状のときは、医療スタッフに相談を

- 少し動いただけで動悸、息切れがする。
- めまい、立ちくらみがする。
- 手足が冷える。



#### 日常生活の アドバイス

- 無理をせず、こまめに休むようにしましょう。
- 手足が冷たい場合は保温するよう心がけましょう。



### 血小板減少 (出血)

血小板が少なくなると出血しやすくなります。

#### このような症状のときは、医療スタッフに相談を

- 少しのことで出血したりあざ(内出血)ができる。

#### 日常生活の アドバイス

- けがをしないように注意しましょう。
- やわらかい歯ブラシを使用して、歯ぐきを傷つけないようにしましょう。



## 消化器症状

### 吐き気、 おう吐

吐き気やおう吐は個人差が大きい副作用で、治療を始めた当日～数日間に起きやすい副作用です。  
症状を和らげるお薬がありますので、我慢しないで医療スタッフに相談してください。

### このような症状のときは、医療スタッフに相談を

- 食事や水をとることができない。
- 1日3回以上吐いてしまう。
- 食事や水分がとれない場合は医療スタッフに連絡ください。



### 日常生活の アドバイス

- 食事は無理をせず食べられるものにして、ゆっくりと時間をかけて、良く噛んで食べましょう。
- 脂っこいものや消化の悪いものはなるべく避け、消化の良いものを食べましょう。
- お茶やレモン水でうがいをしたりすると気分が楽になります。



## 下痢

下痢が長く続くと、脱水状態やミネラル不足になることがあり、日常生活に支障をきたすことがあります。下痢の症状は強くあらわれることもありますので、注意が必要です。

### このような症状のときは、医療スタッフに相談を

- 1日の排便回数が3回以上増えた。
- さしこむような腹痛がある。
- 便が泥状か完全に水のようにになっている。
- 水分補給ができないときや屯用でもらっている下痢止めでおさまらないときは医療スタッフに連絡ください。



### 日常生活の アドバイス

- 脱水状態にならないよう、こまめに水分補給をしましょう。

#### 下痢の時におすすめの食品

- ・スポーツドリンク
- ・りんごやバナナ
- ・おかゆ・麺類



#### 下痢の時に避けた食品

- ・アルコール
- ・高繊維、高脂質の食べ物
- ・乳酸菌食品



## 口内炎

抗がん剤による口内粘膜の障害や、口内の細菌感染により口内炎があらわれることがあります。

### このような症状のときは、医療スタッフに相談を

- 口の中が痛い、ひりひりする。
- 痛みにより、食事や会話がしにくい。
- 熱いもの、冷たいものがしみる。
- 食事や水分がとれない場合は医療スタッフに連絡ください。



### 日常生活のアドバイス

- やわらかい歯ブラシを使ってこまめに歯みがきをしましょう。
- タバコは口内炎を悪化させるので禁煙しましょう。
- うがいをして口の中をきれいに保ちましょう。  
(起床時や食事前など1日7～8回が目安です)
- 主治医と相談して、歯科医で口腔ケアを受けることも可能です。



## その他の副作用

### 手足症候群

抗がん剤によって手や足の皮膚が障害されることで起こるさまざまな症状を手足症候群といいます。  
(特にCapeOX(XELOX)療法のときに注意が必要です。)

#### このような症状のときは、医療スタッフに相談を

- 手や足が赤くはれたり、やけどのような痛みを感じる。
- 皮膚や爪が黒く変色する。
- 日常生活に困るようであれば医療スタッフに連絡ください。



#### 日常生活の アドバイス

- 保湿クリームなどをぬって、皮膚の乾燥を防ぎましょう。
- 長時間の歩行や立ち続けることは避けましょう。



### 疲労感

原因ははっきりしていませんが、抗がん剤治療後2～3日頃から全身のだるさや疲れやすさを感じることがあります。

#### 日常生活の アドバイス

- 疲れたと感じたときは、無理せず体を休めましょう。  
(P.19「骨髄抑制」の項目にも留意してください。)

### 脱毛

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、治療終了後3～6ヶ月程度で再び生えてきます。



# 治療日記とメモの記載

がんの治療は、ひとりひとりの患者さんの状態に合わせて行われます。そのため、患者さんの毎日の体調や気になることなどを記録し、医師や医療スタッフと相談しながら治療を進めていくことが大切です。

## 【記入例】

| 治療開始<br>からの日数  | 1週目             |             |             |             |
|----------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
|                | 1日目             | 2日目         | 3日目         | 4日目         |
| 月/日<br>(曜日)    | 12/3<br>(水)     | 12/4<br>(木) | 12/5<br>(金) | 12/6<br>(土) |
| 服 薬            | 夕               | 朝 夕         | 朝 夕         | 朝 夕         |
| 体温(℃)          | 37.1℃           | 37.5℃       | 37.1℃       | 37.2℃       |
| 血圧 最高/最低       | 132/88          | 140/91      | 130/82      | 132/89      |
| 食事量            | ×               | △           | ○           | ○           |
|                | ◎通常 ○やや少ない △少ない |             |             |             |
| 便通(回)          | 0 回             | 1 回         | 1 回         | 0 回         |
| 疲労感・倦怠感        | ○               | ○           |             |             |
| 手・足・口のしびれ      | ○               | ○           | ○           |             |
| ものに触れた時のしびれ・痛み |                 | ○           | ○           | ○           |
| のどの違和感         |                 |             |             |             |
| 咳が出る           |                 |             |             |             |
| 息苦しさ・胸の痛み      |                 |             |             |             |
| めまい・立ちくらみ      |                 | ○           |             |             |
| 鼻血・歯ぐきからの出血    |                 |             |             |             |
| 吐き気・おう吐        | ○               | ○           |             |             |
| 下 痢            |                 |             | ○           |             |
| 腹 痛            |                 |             | ○           |             |
| 口内炎            |                 |             |             |             |
| 手足の皮膚の発赤・腫れ    |                 | ○           | ○           |             |
| 皮膚の発疹・発赤       |                 |             | ○           |             |

← CapeOX(XELOX)療法  
またはSOX療法の場合は  
内服薬を服用した時に  
○をつけます。

症状がある場合は○をつけます。

メモ 医師に伝えたいこと 聞きたいこと 気になること

12/3 あまり眠れなかった

12/4 熱っぽい

医師等に伝えたいことや気になることを  
書きとめておきましょう。

| 治療開始<br>からの日数  | 1週目                              |          |          |          |          |          |          |
|----------------|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                | 1日目                              | 2日目      | 3日目      | 4日目      | 5日目      | 6日目      | 7日目      |
| 月／日<br>(曜日)    | ／<br>( )                         | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) |
| 体温(℃)          | ℃                                | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
| 血圧 最高／最低       | ／                                | ／        | ／        | ／        | ／        | ／        | ／        |
| 食事量            |                                  |          |          |          |          |          |          |
|                | ◎通常    ○やや少ない    △少ない    ×食べられない |          |          |          |          |          |          |
| 便通(回)          | 回                                | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| 疲労感・倦怠感        |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 手・足・口のしびれ      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| ものに触れた時のしびれ・痛み |                                  |          |          |          |          |          |          |
| のどの違和感         |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 咳が出る           |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 息苦しさ・胸の痛み      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| めまい・立ちくらみ      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 鼻血・歯ぐきからの出血    |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 吐き気・おう吐        |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 下 痢            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 腹 痛            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 口内炎            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 手足の皮膚の発赤・腫れ    |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 皮膚の発疹・発赤       |                                  |          |          |          |          |          |          |

×

モ

医師に伝えたいこと 聞きたいこと 気になること

| 治療開始<br>からの日数  | 2週目                              |          |          |          |          |          |          |
|----------------|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                | 8日目                              | 9日目      | 10日目     | 11日目     | 12日目     | 13日目     | 14日目     |
| 月／日<br>(曜日)    | ／<br>( )                         | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) |
| 体温(℃)          | ℃                                | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
| 血圧 最高／最低       | ／                                | ／        | ／        | ／        | ／        | ／        | ／        |
| 食事量            |                                  |          |          |          |          |          |          |
|                | ◎通常    ○やや少ない    △少ない    ×食べられない |          |          |          |          |          |          |
| 便通(回)          | 回                                | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| 疲労感・倦怠感        |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 手・足・口のしびれ      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| ものに触れた時のしびれ・痛み |                                  |          |          |          |          |          |          |
| のどの違和感         |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 咳が出る           |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 息苦しさ・胸の痛み      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| めまい・立ちくらみ      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 鼻血・歯ぐきからの出血    |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 吐き気・おう吐        |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 下 痢            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 腹 痛            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 口内炎            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 手足の皮膚の発赤・腫れ    |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 皮膚の発疹・発赤       |                                  |          |          |          |          |          |          |

×

モ

医師に伝えたいこと 聞きたいこと 気になること

| 治療開始<br>からの日数  | 1週目                              |          |          |          |          |          |          |
|----------------|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                | 1日目                              | 2日目      | 3日目      | 4日目      | 5日目      | 6日目      | 7日目      |
| 月／日<br>(曜日)    | ／<br>( )                         | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) |
| 服 薬            | (タ)                              | 朝 タ      | 朝 タ      | 朝 タ      | 朝 タ      | 朝 タ      | 朝 タ      |
| 体温(℃)          | ℃                                | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
| 血圧 最高／最低       | ／                                | ／        | ／        | ／        | ／        | ／        | ／        |
| 食分量            |                                  |          |          |          |          |          |          |
|                | ◎通常    ○やや少ない    △少ない    ×食べられない |          |          |          |          |          |          |
| 便通(回)          | 回                                | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| 疲労感・倦怠感        |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 手・足・口のしびれ      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| ものに触れた時のしびれ・痛み |                                  |          |          |          |          |          |          |
| のどの違和感         |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 咳が出る           |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 息苦しさ・胸の痛み      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| めまい・立ちくらみ      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 鼻血・歯ぐきからの出血    |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 吐き気・おう吐        |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 下 痢            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 腹 痛            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 口内炎            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 手足の皮膚の発赤・腫れ    |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 皮膚の発疹・発赤       |                                  |          |          |          |          |          |          |

メモ

医師に伝えたいこと 聞きたいこと 気になること

| 治療開始<br>からの日数  | 2週目                              |          |          |          |          |          |          |
|----------------|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                | 8日目                              | 9日目      | 10日目     | 11日目     | 12日目     | 13日目     | 14日目     |
| 月／日<br>(曜日)    | ／<br>( )                         | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) |
| 服 薬            | 朝 夕                              | 朝 夕      | 朝 夕      | 朝 夕      | 朝 夕      | 朝 夕      | 朝 夕      |
| 体温(℃)          | ℃                                | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
| 血圧 最高／最低       | ／                                | ／        | ／        | ／        | ／        | ／        | ／        |
| 食事量            |                                  |          |          |          |          |          |          |
|                | ◎通常    ○やや少ない    △少ない    ×食べられない |          |          |          |          |          |          |
| 便通(回)          | 回                                | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| 疲労感・倦怠感        |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 手・足・口のしびれ      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| ものに触れた時のしびれ・痛み |                                  |          |          |          |          |          |          |
| のどの違和感         |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 咳が出る           |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 息苦しさ・胸の痛み      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| めまい・立ちくらみ      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 鼻血・歯ぐきからの出血    |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 吐き気・おう吐        |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 下 痢            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 腹 痛            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 口内炎            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 手足の皮膚の発赤・腫れ    |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 皮膚の発疹・発赤       |                                  |          |          |          |          |          |          |

|   |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
| × | モ | 医師に伝えたいこと   聞きたいこと   気になること |
|   |   |                             |

| 治療開始<br>からの日数  | 3週目                              |          |          |          |          |          |          |
|----------------|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                | 15日目                             | 16日目     | 17日目     | 18日目     | 19日目     | 20日目     | 21日目     |
| 月／日<br>(曜日)    | ／<br>( )                         | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) |
| 服 薬            | 朝(夕)                             | 休 薬      |          |          |          |          |          |
| 体温(℃)          | ℃                                | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
| 血圧 最高／最低       | ／                                | ／        | ／        | ／        | ／        | ／        | ／        |
| 食事量            |                                  |          |          |          |          |          |          |
|                | ◎通常    ○やや少ない    △少ない    ×食べられない |          |          |          |          |          |          |
| 便通(回)          | 回                                | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| 疲労感・倦怠感        |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 手・足・口のしびれ      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| ものに触れた時のしびれ・痛み |                                  |          |          |          |          |          |          |
| のどの違和感         |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 咳が出る           |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 息苦しさ・胸の痛み      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| めまい・立ちくらみ      |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 鼻血・歯ぐきからの出血    |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 吐き気・おう吐        |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 下 痢            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 腹 痛            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 口内炎            |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 手足の皮膚の発赤・腫れ    |                                  |          |          |          |          |          |          |
| 皮膚の発疹・発赤       |                                  |          |          |          |          |          |          |

メモ

医師に伝えたいこと 聞きたいこと 気になること

医療機関名