

# 外来がん薬物療法の病診薬連携

神戸大学医学部附属病院 薬剤部

## ●概要

- ・より質の高い外来がん薬物療法の実施を目指して、外来がん薬物療法（注射および経口抗がん薬共に）  
についてのかかりつけ医療機関または薬局との情報共有を通じた連携を、実施します。  
(経口抗がん薬：2016年10月開始、注射抗がん薬：2020年8月開始、2022年4月運用更新)

## ●対応内容

- ・注射または経口抗がん薬による治療を受ける患者さんの状態が把握できる資料を、病院で患者さんに  
交付し、必要時かかりつけ医療機関または薬局で提示いただくことで、情報を共有します。  
(詳細は、2～8ページ目をご確認ください。)
  - ・注射抗がん薬を含む治療では、院内で登録しているレジメンを、当院腫瘍センターのHP<sup>注)</sup>で公開します。  
また、かかりつけ医療機関または薬局からのレジメンに関する照会に対応します。  
(詳細は、9ページ目をご確認ください。)
- 注) HP：ホームページ
- ・地域の保険薬局をはじめとした医療者対象の研修会を実施します。本HPを通じて随時ご連絡します。

## ●対象患者

- ・外来で抗がん薬治療が開始された患者さん、または外来で治療が変更された患者さんを対象とします。  
※治験または医師主導臨床試験に参加されている患者さんは、対象外とします。  
※注射抗がん薬と経口抗がん薬との運用の違いはありません。

## ●今後の運用の変更について

- ・運用を変更する際には、本HPを通じて随時ご連絡します。

# 保険薬局との連携体制(概略図)

病院

薬剤師

以下の情報共有ツールを作成し、  
服薬指導を実施する

レジメン説明書

副作用別説明書

※必要に応じ交付

手帳シール

※注射抗がん薬がある場合

外来	特戸大学病院	TEL: 078-382-5111 (4F表)
診療科	薬剤部	実施日: 2023年7月29日
診療番号	01000003	医師名:
患者番号	721 がん7	注射薬No: 0728-0077
患者名	テスト 確認7 様	
生年月日	平成28年9月1日 (29歳11ヵ月) 男性	
※本出庫の薬剤(レジメン)は、投与時間30分で、順の順に投与いたします。 ※記載されている投与時刻は、実際の投与時刻ではありません。 ※薬の持帰順序を把握するためにご確認ください。		
処方箋	手帳/薬品名	数量/単位
剤1	特効薬	
	生理食塩水(輸)1000ml	1瓶
	デキサメト注製剤(0.6mg、2ml)	1v
	13:00	
	30分で	
	GEM+nab-PTX davi	
	末梢(右)1	



薬局

患者フォローを実施し、  
必要に応じトレーシングレポートで  
病院へ情報をフィードバック

※兵庫県版トレーシングレポートをご使用ください

※急を要する場合は、お電話でご連絡ください

治療法の確認・処方監査・  
副作用の評価

→必要な指導を実施

※情報共有ツールは患者さんへご返却ください

患者さんから処方箋と  
情報共有ツールが提出される

# 情報共有ツール：病院→薬局①

## ●レジメン説明書

当院の薬剤師が、治療開始日に本紙を用いて患者さんへの説明を実施するとともに、かかりつけ医療機関または薬局で提示いただくよう患者さんへ伝達します。 ※記載内容は随時改訂することがあります。

### アブラキサン+ゲムシタピンによる治療を受けられる方へ

ID: 1234567 診療科: 腫瘍・血液内科  
テスト 患者7 様

レジメン名: GEM+nab-PTX

※他の医療施設（病院、診療所、薬局など）を受診される際は、必ず【本説明書とお薬手帳】を持参し提示して下さい。

### 治療のスケジュール

(症状や経過により変わることがあります)

名前	作用	1日目	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
デキサート注	吐き気止め	30分で点滴	4/1	4/2	4/3	4/4	4/5	4/6	4/7	4/8	4/9	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16	4/17	4/18	4/19	4/20	4/21	4/22	4/23	4/24	4/25	4/26	4/27	4/28
アブラキサン注	抗がん薬	30分で点滴	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
生理食塩水	血管痛予防	抗がん薬と同時に点滴																												
ゲムシタピン注	抗がん薬	30分で点滴																												

本レジメンの名称を掲載しています。  
このレジメン名は、お薬手帳シールおよび当院腫瘍センターHP(9ページ目参照)に掲載している名称と、一致します。  
薬剤の投与量はお薬手帳シールから、レジメン内容の詳細はHPから、ご確認ください。  
※経口抗がん薬単独治療の場合、レジメン名の掲載はありません。

### 主な副作用

(全ての患者さんで同じように副作用が出るわけではありません。詳しい説明やその他の副作用は裏面をご覧ください)

: 注意が必要な時期 (目安)

	1日目	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
食欲不振・吐き気	4/1	4/2	4/3	4/4	4/5	4/6	4/7	4/8	4/9	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16	4/17	4/18	4/19	4/20	4/21	4/22	4/23	4/24	4/25	4/26	4/27	4/28	
全身倦怠感	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	
筋肉痛・関節痛																													
手足のしびれ																													
下痢																													
脱毛																													
白血球(好中球)減少・発熱																													
赤血球減少(貧血)																													
血小板減少																													

患者さんの同意が得られた場合に、かかりつけ医療機関または薬局への連絡事項を、こちらに掲載致します。  
・処方監査に必要な、身長・体重・体表面積・病名(疾患の部位)・病院薬剤師対応時の副作用の発現状況  
・その他、伝達が必要と考えられた情報

※注射の針を刺している部分に、違和感や浮腫・痛みなどがある場合は、速やかに医師に知らせてください。

※表に書かれてある副作用や出やすい時期は、目安を示しているものです。

必ずしもこの通りになるとは限りません。

2022年4月1日 神戸大学医学部附属病院薬剤部  
薬剤師: テスト 薬剤師

### ○かかりつけ医療機関・薬局への連絡事項

本日4月1日より、本治療(降膜)が開始となります。体表面積1.403㎡(身長:155cm,体重:45kg)から計算される用量での開始となっております。副作用対策として、本説明書および別付の症状別説明書の通り対応するよう指示が出ています。  
※本日時点の有害事象(CTCAE ver.5のGrade)・・・悪心:0,食欲不振:1,嘔吐:0,下痢:0,疲労:0,貧血:1,血小板減少:0,好中球減少:0,発熱:0,発熱性好中球減少症:0,肝:AST増加:0,ALT増加:0,総ビリルビン増加:0,腎:Scr増加:0,末梢神経障害:0,関節痛/筋肉痛:0,咳嗽:0,呼吸苦:0

# 情報共有ツール：病院→薬局①

## ●レジメン説明書

当院の薬剤師が、治療開始日に本紙を用いて患者さんへの説明を実施するとともに、かかりつけ医療機関または薬局で提示いただくよう患者さんへ伝達します。 ※記載内容は随時改訂することがあります。

### 【副作用の説明】

！青色の文字で書かれてある症状が出た時は、病院へ連絡してください！

#### 食欲不振・吐き気

抗がん薬の他、心配や不安によっても起こります。気分のよい時に少しずつ食事しましょう。食欲がなくても水分は摂るようにしてください。

⇒食事だけでなく水分もとれない時・吐き気止めも飲めない時・嘔吐が5分以上あけて1日3回以上出る時は、連絡してください。

#### 全身倦怠感

治療開始後2～3日目からだるくなったり、治療が続くと徐々にだるくなったりすることがあります。無理をせずに休息・睡眠をよくとりましょう。

#### 筋肉痛・関節痛

肩・背中・腰・腕等に筋肉痛や関節痛が出ることがあります。痛み止めや湿布等で対応できますので、痛みがひどいようならお知らせください。

#### 手足のしびれ

手指や足先にしびれや感覚の鈍りが出ることがあります。治療が長く続くと強くなりやすいため、我慢せずにお知らせください。

#### 下痢

腸の粘膜が傷ついて、下痢便が出ることがあります。下痢便が出た時には、脱水症状を防ぐために水分をとってください。

⇒下痢が朝から1日4回以上出た時は、連絡してください。

#### 脱毛

点滴して2～3週間後から髪の毛・眉毛・まつ毛などが抜けることがあります。髪はいつも通りに洗い、刺激の強そうなシャンプーは控えましょう。

### 【頻度は低いが注意が必要な副作用】

#### 間質性肺炎

肺胞が炎症を起こして、動脈中に酸素が取り込みにくくなるような肺炎です。医薬品が原因で起こることがあります。

⇒空咳(痰がからまない咳)が出る・息切れや息苦しさが出る(階段を登った時や少し無理をした時)・熱も出る時は、連絡してください。特に息切れがどんどん悪くなり息もしにくくなる時はすぐに連絡してください。

#### 黄斑浮腫

目がかすむ・視野の中心がぼやける・ものがゆがんで見える・視野の中に見えない部分がある・ものが実際より小さくまたは大きくみえるなどの症状が現れることがあります。

⇒上記の症状が続いたり悪化したりする時は、連絡してください。

こちらのページに、副作用の詳細の説明を掲載しています。病院へ連絡が必要な症状については、青色の文字で掲載しています。

#### 白血球（好中球）減少・発熱

白血球には感染を防ぐ働きがあり、数が少なくなると発熱や感染症に気をつける必要があります。手洗いとうがいを毎日続けてください。

⇒37.5℃以上の熱が出た時は、すぐに(夜中でも)連絡してください。

#### 赤血球減少（貧血）

赤血球は酸素を運ぶ働きがあり、数が少なくなると疲れやめまいなどの症状が出ることがあります。ゆっくりと動き、急な運動は避けましょう。

#### 血小板減少

血小板は血を止める役割をします。血小板が少なくなると、青あざができやすくなったり血が止まりにくくなったりします。

⇒出血が止まりにくい時(歯ぐきの出血・鼻血・生理など)、青あざができやすい時は、連絡してください。

病院への連絡先はこちらに掲載しています。  
※診療科により連絡先が異なりますので、ご注意ください。

連絡先			
平日	(8時30分～17時)	各診療科外来受付	(078) 382-000
平日夜間	(17時～翌8時30分)	救急外来	(078) 382-△△△
土日祝	(終日)		



# 情報共有ツール：病院→薬局②

## ●副作用別説明書

当院の薬剤師が、レジメン説明書に加えて副作用別説明書を用いて詳細な説明を実施した場合、レジメン説明書と同様にかかりつけ医療機関または薬局で提示いただくよう患者さんへ伝達します。

※記載内容は随時改訂することがあります。

**ざ瘡様皮疹 (にきび様皮疹) の対応**  
【予防】  
ざ瘡様皮疹(にきび様皮疹)を防ぐためには  
保潤 が大切

**口内炎の対応**  
1. 予防のために、こまめにうがいや歯みがきをしましょう

**吐き気・嘔吐・食欲不振の対応**  
1. 処方されている吐き気止めを飲みましょう。  
吐き気止めには、吐き気がなくなるまで

**発熱の対応**  
1. 予防のために、以下のことを心がけましょう。  
・石けんの

**下痢の対応**  
1. 下痢便の目安  
6または7番を下痢便の目安としてください。  
ストマの方は、7番を目安としてください。

1	コロコロ便 硬くコロコロの便(少 シガの臭いような便)	
2	硬い便 短く固まった硬い便	
3	やや硬い便 水分が少なく、ひび 割れている便	
4	普通便 適度な軟らかさの便	
5	やや軟らかい便 水分が多く、やや軟 らかい便	
6	泥状便 形のない泥のような便	
7	水様便 水のような便	

下痢便・・・6または7

ストマの方の  
下痢便・・・7

3. 朝から下痢が**4回以上**続くときは  
**病院へ電話**して下さい。

下痢  
1回目 → 2回目 → 3回目 → 4回目 → 病院へ電話

※下痢止めを何度飲もうが、  
朝から下痢が4回以上続けば、  
病院へ電話して下さい。

※下痢とともに以下のような症状もある場合は、  
すぐに**病院へ連絡**しましょう。

- ・食事だけでなく水分もとれない
- ・激しい腹痛、嘔吐、めまい
- ・血便、黒色便
- ・発熱

# 情報共有ツール：病院→薬局③

## ●注射抗がん薬の内容を記載したお薬手帳シール (注射抗がん薬を含む治療の場合)

当院の薬剤師が、治療開始日および投与量に変更された日に、患者さんにお薬手帳用のシールを交付します。

※すべての注射抗がん薬の投与日において、シールを交付する運用ではありません。

外来 神戸大学病院 TEL: (078)382-5111 (代表)  
診療科: 薬剤部 実施日: 2020年 7月28日  
患者番号: 91000063 医師名: [REDACTED]  
注スト カニン7 注射薬No: 0728-0077  
患者名: テスト 確認7 様  
生年月日: 平成 8年 8月 1日 (23歳11ヵ月) 男性  
※本治療の名称(レジメン名)を、投与時間(30分、等)の下に記載しています。  
※記載されている投与時刻は、実際の投与時刻ではありません。  
点滴の投与順序を把握するためにご活用ください。

RP番号	手技/薬品名	数量/単位
RP 1	持続点滴 生理食塩液(局)100mL デキササート注射液(6.6mg, 2mL) 13:00 30分 GEM+nab-PTX day1 末梢(メイン) 1	1瓶 1V
RP 2	持続点滴 生理食塩液(局)50mL n'カクサセム(A7'ササ)100mg 13:30 30分 インラインフィルター不可 GEM+nab-PTX day1 投与液量: 34mL 末梢(メイン) 1	0.68 v 170mg
RP 3	持続点滴 生理食塩液(局)(250mL) 14:00 30ml/hで GEM+nab-PTX day1 末梢(メイン) 1	1袋

-----次頁あり-----

レジメンの名称を掲載しています。  
このレジメン名は、レジメン説明書および  
当院腫瘍センターHP(9ページ目参照)に掲載して  
いる名称と、一致します。  
薬剤の投与量はお薬手帳シールで、レジメン内容  
の詳細は当院腫瘍センターHPで、ご確認ください。

注射抗がん薬の投与量をご確認ください。

患者名: テスト 確認7 様 注射薬No: 0728-0077

RP番号	手技/薬品名	数量
RP 4	側注・側管 【レジメン用】生理食塩液(局)100mL (親) ゲムシタピン (払) ゲムシタピン注[NK] (1g, 25mL) (払) ゲムシタピン注[NK] (200mg, 5mL) 14:05 30分 終了後メイン点滴で4-17分を流す 投与速度厳守!! GEM+nab-PTX day1 投与液量: 135mL 末梢(メイン) 1側管	100mL 1400mg 1V 2V

-----以下余白-----

# 情報共有ツール：病院→薬局③

## ●注射抗がん薬の内容を記載したお薬手帳シール

※投与当日に投与量が変更された場合、シールの形式が異なりますので、ご注意ください。

外来 神戸大学病院 TEL: (078)382-5111 (代表)  
 診療科: 薬剤部 実施日: 2020年 7月28日  
 患者番号: 91000063 医師名: [REDACTED]  
 注射薬No: 0728-0077  
 患者名: テスト 確認7 様  
 生年月日: 平成 8年 8月 1日 ( 23歳11ヵ月 ) 男性  
 ※本治療の名称(レジメン名)を、投与時間(30分、等)の下に記載しています。  
 ※記載されている投与時刻は、実際の投与時刻ではありません。  
 点滴の投与順序を把握するためにご活用ください。

RP番号	手技/薬品名	数量/単位
RP1	持続点滴 生理食塩液(局)100mL デキサート注射液(6.6mg, 2mL) ■■■■■■■■■変更なしコメント■■■■■■■■■ 13:00 30分 GEM+nab-PTX day1 末梢(メ)1	1瓶 1V
RP2	持続点滴 生理食塩液(局)100mL デキサート注射液(6.6mg, 2mL) 削除コメント 13:00 30分 インラインフィルター不可 GEM+nab-PTX day1 末梢(メ)1	1瓶 1V
RP3	持続点滴 生理食塩液(局)1250mL ■■■■■■■■■変更なしコメント■■■■■■■■■ GEM+nab-PTX day1 -----次頁あり-----	1瓶

患者名: テスト 確認7 様 注射薬No: 0728-0077

RP番号	手技/薬品名	数量/単位
末梢(メ)1		
RP4	側注・側管 【シリンジ用】生理食塩液(局)100mL (親)ゲムシタピン (注)ゲムシタピン注(1g, 25mL) (注)デキサート注射液(6.6mg, 2mL) 削除コメント 14:05 30分 終了後メド点滴で40分経過する 投与速度厳守!! GEM+nab-PTX day1 末梢(メ)1側管	100mL 1000mg 1V
RP5	持続点滴 生理食塩液(局)150mL デキサート注射液(7.7mg, 100mg) 13:30 30分 インラインフィルター不可 GEM+nab-PTX day1 投与液量: 24mL 末梢(メ)1	0.48V 120mg
RP6	側注・側管 【シリンジ用】生理食塩液(局)100mL (親)ゲムシタピン (注)ゲムシタピン注(1g, 25mL) 14:05 30分 終了後メド点滴で40分経過する 投与速度厳守!! GEM+nab-PTX day1 投与液量: 120mL 末梢(メ)1側管 -----以下余白-----	100mL 1000mg 1V

変更のないRpには、  
 ■■変更なしコメント■■  
 と表示されます。

処方変更があった場合、  
 変更前のRp情報は、  
 灰色字で表示されます。  
 (実際に投与された薬剤の  
 情報ではありません。)

変更後のRp情報は、  
 シール後部に表示されます。  
 (■■変更なしコメント■■  
 が付いていない内容です。)

# 情報共有ツール：薬局→病院（トレーシングレポート）

外来がん薬物療法に関するトレーシングレポートは、兵庫県病院薬剤師会/兵庫県薬剤師会より発行されている兵庫県版トレーシングレポートをご使用いただくとともに、下記の専用FAXへ送信してください。なお、緊急性を要する患者容態が確認された場合は、速やかに電話で担当医師へご連絡ください。

トレーシングレポートは「殺細胞性抗がん薬用」「分子標的薬単独/併用用」「免疫チェックポイント阻害薬用」の3種類があります。適切なトレーシングレポートを、記載内容を適宜変更のうえ、ご使用ください。

※殺細胞性抗がん薬に免疫チェックポイント阻害薬を併用する治療では、両方のトレーシングレポートをご使用ください。兵庫県病院薬剤師会/兵庫県薬剤師会のHP、もしくは当院薬剤部HPからダウンロード可能です。

施設名: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ 作成日: \_\_\_\_\_

### がん化学療法情報提供書(殺細胞性抗がん剤用)

担当医 科 先生	保険薬局 名称: 所在地: Tel, FAX: 担当薬剤師名:
患者ID: 患者名:	担当薬剤師名:
確認日:	確認方法: <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 在宅訪問時 <input type="checkbox"/> その他 ( )

施設名: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ 作成日: \_\_\_\_\_

### トレーシングレポート(免疫チェックポイント阻害剤用)

担当医 科 先生	保険薬局 名称: 所在地: Tel, FAX: 担当薬剤師名:
患者ID: 患者名:	担当薬剤師名:
確認日:	確認方法: <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 在宅訪問時 <input type="checkbox"/> その他 ( )

●副作用の評価(治療開始前と比較): \_\_\_\_\_ の症状は重大な副作用の可能性が考えられます。各症状の該当する項目に✓または○をしてください。未確認の症状は未  
体重の変化→  なし  あり【前回: kg(測定日)】

発熱(腋高37.5℃以上)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
間質性肺炎(咳嗽・呼吸苦・発熱作での息切れ等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

該当なし	Grade1	Grade2
<input type="checkbox"/> 悪心(吐き気)	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 嘔吐伴発熱
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 治療を要さない	<input type="checkbox"/> 外発熱
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない	<input type="checkbox"/> 身のだるさ
<input type="checkbox"/> 食欲不振(食欲低下)	<input type="checkbox"/> 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> 悪寒発熱
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎(口内炎)	<input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状;治療を要さない	<input type="checkbox"/> 傷口は深さ

施設名: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ 作成日: \_\_\_\_\_

### がん化学療法情報提供書(分子標的薬、殺細胞性抗がん剤+分子標的薬用)

※免疫チェックポイント阻害剤との併用の場合は、がん化学療法情報提供書(免疫チェックポイント阻害剤用)を併用して下さい。

担当医 科 先生	保険薬局 名称: 所在地: Tel, FAX: 担当薬剤師名:
患者ID: 患者名:	担当薬剤師名:
確認日:	確認方法: <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 在宅訪問時 <input type="checkbox"/> その他 ( )

●副作用の評価(治療開始前と比較): \_\_\_\_\_ の症状は重大な副作用の可能性が考えられます。各症状の該当する項目に✓または○をしてください。未確認の症状は未記入として下さい。

薬剤名: \_\_\_\_\_

体重の変化→  なし  あり【前回: kg(測定日)】 →今回: kg(測定日)】

発熱(腋高37.5℃以上)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
間質性肺炎(咳嗽・呼吸苦・発熱作での息切れ等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

該当なし	Grade1	Grade2	Grade3
<input type="checkbox"/> 悪心(吐き気)	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少、嘔吐または栄養失調を伴わない嘔吐頻回量の減少	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分; 経管栄養/TPN/入腹を要する
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 治療を要さない	<input type="checkbox"/> 外発での静脈内寒熱を要する; 内科的治療を要する	<input type="checkbox"/> 経管栄養/TPN/入腹を要する
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作を制限するだるさ
<input type="checkbox"/> 食欲不振(食欲低下)	<input type="checkbox"/> 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> 嘔吐に支障がない中等度の疼痛; 食事の量減を要する	<input type="checkbox"/> 嘔吐に支障がない中等度の疼痛; 食事の量減を要する
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎(口内炎)	<input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状;治療を要さない	<input type="checkbox"/> ペースラインと比べて4-8回/日の排便回数増加; ペースラインと比べて人工肛門からの増量; ペースラインと比べて人工肛門からの増量の中等度増加; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> ペースラインと比べて4-8回/日の排便回数増加; ペースラインと比べて人工肛門からの増量; ペースラインと比べて人工肛門からの増量の中等度増加; 身の回り以外の日常生活動作の制限

性と考えられますので、速やかに病院に連絡をお願いします。として下さい。

→今回: kg(測定日)】

腎	原因徴の変化: <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	尿の色調変化( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
神経・筋	手足の痺れ、感覚がない	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	体や手足のふるえ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	眼が重い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	手足の脱力感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
目	白目が黄色になる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	二重に見える	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	目が充血する	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

FAX送信先  
**！外来がん薬物療法専用FAX！**  
**(078)382-6605**  
神戸大学医学部附属病院  
通院治療室サテライト薬局

兵庫県病院薬剤師会/兵庫県薬剤師会のHPには、トレーシングレポートの他にも患者フォローに役立つツールが掲載されていますので、ご活用ください。



# レジメン登録内容の公開 (注射抗がん薬を含む治療の場合)

患者さんに適応されたレジメンの詳細を、当院腫瘍センターHP (<https://www.hosp.kobe-u.ac.jp/oncol/feature/regimen.html>) からご確認いただけます。注意事項をご確認のうえ、ご活用ください。

また、かかりつけ医療機関または薬局からのレジメンに関する照会に対応します。照会先は、下記をご確認ください。

当院腫瘍センターHPに掲載しているレジメン名称は、「レジメン説明書」および「お薬手帳シール」に掲載しているレジメン名称と、一致します。

※腫瘍センターHPには、疾患の部位ごとにレジメン情報が掲載されています。患者さんの疾患の部位についての情報は、「レジメン説明書」の「かかりつけ医療機関・薬局への連絡事項」内の記載からご確認ください。

共通 **【GEM+nab-PTX】**

**レジメン名称 : GEM+nab-PTX**

インターバル日数 : 28 日

基準日 : Day 1

最大クール数 : 0クール

レジメン説明 : GEM+nab-PTX

適用条件 :

除外条件 :

体表面積計算式 : 男性用:体重(kg)<sup>0.425</sup> × 身長(cm)<sup>0.725</sup> × 0.007184 女性用:体重(kg)<sup>0.425</sup> × 身長(cm)<sup>0.725</sup> × 0.007184

AUC計算式 : 男性用:AUC × ((140-年齢) × 体重 / (72 × CRE) + 25) 女性用:AUC × ((140-年齢) × 体重 × 0.85 / (72 × CRE) + 25)

使用する抗がん剤:

RP	手技	薬剤名称	標準値(1回量)	標準値	上限値
02	持続点滴	(癌)パクリタセル(アブタキソン100mg)	125mg/m <sup>2</sup>		137.5mg/m <sup>2</sup>
04	側注・側管	(癌)【レジメン用】生理食塩液(局)100mL	100mL		100mL
04	側注・側管	(癌)ゲムシタピン	1000mg/m <sup>2</sup>		1100mg/m <sup>2</sup>

RP	手技	薬剤名称	用量/単位	処方1回量	Day1	Day2	Day3	Day4	Day5	Day6	Day7
01	持続点滴	生理食塩液(局)100mL デキサート注射液(6.6mg, 2mL) 療法名:GEM+nab-PTX 持続点滴: *点滴時間 30分で 投与経路:末梢(メイン) 1	1瓶 1V		13:00						
02	持続点滴	生理食塩液(局)50mL (癌)パクリタセル(アブタキソン100mg) 療法名:GEM+nab-PTX 持続点滴: *点滴時間 30分で 投与経路:末梢(メイン) 1 インラインフィルター不可	0.5V 0mg		13:30						
03	持続点滴	生理食塩液(局)(250mL) 療法名:GEM+nab-PTX	1袋		14:00						

照会先

神戸大学医学部附属病院  
通院治療室サテライト薬局  
TEL : (078)382-5111、内線 : 5632  
受付時間 : 平日9:00~17:00