

様		PTX [Alb懸濁型] weekly (3投1休) +Ramucirumab bi-weekly療法																				
		()コース目																				
		Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
副作用		自覚所見	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
手、足	しびれ																					
	筋肉痛																					
	感覚異常																					
	色素沈着																					
消化器症状	吐き気や嘔吐																					
	食欲不振																					
	口内炎																					
	下痢																					
Ramucirumab (+)	高血圧																					
	鼻血																					
特に注意する副作用																						
発熱 (37.5°C以上)																						
間質性肺炎	咳 (空咳)																					
	息切れ																					
黄斑浮腫	視力低下																					
	ものがゆがんでみえる (変視)																					
血栓塞栓症**	むくみ																					
	めまい、ふらふら感																					
	締めつけられるような痛み(胸、背中)																					
消化管穿孔**	経験したことがない強い腹痛																					

※『副作用』は発現頻度順に記載。『特に注意する副作用』はその限りではありません。

電話予約時間	月 日 時 分 ~ 時 分
電話対応時間	月 日 時 分 ~ 時 分
対応者	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/) * → <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり
	指導内容: ()
吐き気・食欲不振	嘔吐 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/) * → <input type="checkbox"/> 水分、食事摂取困難
	吐き気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/) * → <input type="checkbox"/> 水分、食事摂取困難
	食欲不振 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/) * → 食事摂取量 %
	指導内容: ()
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/) * → <input type="checkbox"/> 食事摂取困難
	指導内容: ()
排便状況	頻度 回/日 普段の回数 回/日 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘
	指導内容: ()
血圧**	/
その他の身体症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 空咳
	指導内容: ()
備考欄	

* 副作用発現開始時期

** ラムシルマブ併用時

薬局 店

電話番号

FAX

対応薬剤師