



# ハーセプチン + weekly パクリタキセル療法について】



様



コース目

😊 **お薬の名前と治療のスケジュール** (副作用の状況を考慮して、抗がん剤の影響が強く残っていると考えられる場合は、次回の治療開始を延期することがあります。)

| 薬の名前     |               | 作用      | めやすの時間 | 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 | 1日目 |  |  |  |  |
|----------|---------------|---------|--------|----------------------------|---|---|---|---|---|---|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|--|--|--|--|
| レスタミン錠   | アレルギーを抑えるお薬です | 1日1回 内服 |        | 5錠                         |   |   |   |   |   |   | 5錠 |   |    |    |    |    |    | 5錠 |    |    |    |    |    |    | 5錠 |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |
| ガスター注    |               | 30分     |        |                            |   |   |   |   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |
| デキサート注   |               |         |        | デキサート注には、吐き気止めとしての作用もあります。 |   |   |   |   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |
| パクリタキセル注 | 抗がん剤です        | 60分     |        |                            |   |   |   |   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |
| ハーセプチン注  | 抗がん剤です        | 90分     |        | 2回目から投与時間が短くなる場合があります。     |   |   |   |   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |

😊 **治療による副作用**

注意が必要な時期

|      |                 | 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 | 1日目 |  |  |  |  |  |  |
|------|-----------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|--|--|--|--|--|--|
| 自覚症状 | アレルギー様症状        |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |  |
|      | 過敏感             |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |  |
|      | 食欲不振・吐き気        |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |  |
|      | 関節痛・筋肉痛         |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |  |
|      | 口内炎             |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |  |
|      | 手足のしびれ          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |  |
|      | 脱毛(頭髪・まつ毛・眉毛など) |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |  |
| 検査値  | 白血球減少           |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |  |
|      | 赤血球減少(貧血)       |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |  |
|      | 血小板減少           |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |  |
|      | 肝機能低下           |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |  |

心機能低下(治療回数が増えると生じることがあります。息苦しさなどがありましたらお知らせ下さい。)



- \* 注射の針を刺している部分に違和感や浮腫、痛みなどがありましたら、すぐにお知らせください。
- \* 上の表は治療のスケジュールや副作用が出やすい時期の目安を示したものです。必ずこの通りになるとは限りません。
- \* それぞれの副作用に対して、必要に応じてお薬を使うこともあります。
- \* 何か気になる症状が出たり、お聞きになりたいことなどありましたら、気軽に医師・看護師・薬剤師にお尋ねください。