

薬剤の情報提供等におけるチーム医療としての評価に係る調査票

(1) 医療機関名:

(2) 病床区分: 1. 一般病床()床、2. 療養病床()床、3. 亜急性病床()床、4. 精神病床()床

(3) 平均入院患者数: 1. 一般病床()床、2. 療養病床()床、3. 亜急性病床()床、4. 精神病床()床

(4) 平均院内処方せん枚数: ()枚/1日、平均院外処方せん発行枚数:()枚/1日

(5) 薬剤師数: 1. 常勤()名、2. 非常勤()名、3. 薬剤部門事務職員数()名

以下の各項目ごとに、貴院での薬剤師の業務について記載してください。

なお、例示している業務はあくまで例示ですので、それ以外の業務についても、できる限り具体的に「その他」の欄に記載をお願いいたします。

I 院内感染防止対策 - 調査票 1

1 院内感染対策委員会について

委員会構成: a. 医師()名、b. 薬剤師()名、c. 看護師()名、d. 事務()名、e. その他()

開催頻度: a. ()回/月、b. 随時

平均開催時間: ()分/1回

2 個々の症例に対する適切な抗菌薬を選択するための情報を医師に提供している(起炎菌の同定、薬剤感受性の確認、TDMの実施・解析、体内動態などエビデンスに基づいた情報)

頻度	延べ時間
回/日(週)	時間 (注)

(注)文献検索など準備も含めた所要時間×人数を記載する。以下同様。

3 院内での抗菌薬使用の調査・解析結果を委員会に報告し、耐性菌の発現抑制業務を行っている(抗菌薬使用量の管理)

回/月	時間
-----	----

4 臨床分離株の薬剤感受性等について調査・解析し、個々の患者の薬剤を選択するための情報を医師に報告している

回/月	時間
-----	----

5 MRSA感染症治療薬等の抗生物質の使用状況について委員会に報告し二次感染防止業務を行っている

回/月	時間
-----	----

6 菌種、消毒対象物に応じた適切な消毒剤を選択するための情報を看護師などに提供している

回/週	時間
-----	----

7 院内での消毒薬使用の調査・解析結果について委員会に報告し、耐性菌の発現防止業務を行っている(消毒剤使用量の管理)

回/月	時間
-----	----

8 必要な消毒剤を希釈・調製し、提供している

本/月	時間
-----	----

9 O157、SARSなどの新たな感染症が発生したときの治療薬、感染対策等の情報を収集し、またその対策のための活動を行っている

回/年	時間
-----	----

10 外用液剤、消毒剤の使用期限や保管方法など、微生物汚染を防止するための情報を看護師等に提供している

回/月	時間
-----	----

11 調製後注射剤、分割投与するバイアル剤の使用期限や保管方法など、微生物汚染を防止するための情報を看護師等に提供している

回/月 随時	時間
-----------	----

その他、院内感染対策において実施している業務を記載して下さい。(週又は月毎の回数、延べ時間を付記して下さい)

薬剤師に係わる業務内容	実施頻度及び準備も含めた所要時間

II 医療安全管理 - 調査票 2

1 医療安全管理委員会について

委員会構成: a. 医師()名、b. 薬剤師()名、c. 看護師()名、d. 事務()名、e. その他()

開催頻度: a. ()回/月、b. 随時

平均開催時間: ()分/1回

■ 与薬業務

2 薬剤管理指導記録に基づいて処方箋を鑑査し、重複投与、薬物相互作用、投与禁忌等の情報を医師に提供している

頻度	延べ時間
回/日	時間 (注)

(注)文献検索など準備も含めた所要時間×人数を記載する。以下同様。

3 手術予定患者の投与禁忌、服用中止薬等の情報を医師に提供している

回/日	時間
-----	----

4 入院患者に対し服用毎に1包化調剤している

回/日	時間
-----	----

5 薬剤師が毎日患者に直接与薬している

回/日	時間
-----	----

6 処方変更があった場合、再調剤した薬剤を薬剤師が直接交換している。

回/日	時間
-----	----

7 薬を自己管理できない患者には、その都度予薬している

回/日	時間
-----	----

8 退院患者の薬剤指導管理記録を含めた薬歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理の内容等を文書(お薬手帳を含む)により保険薬局等に提供している

回/日	時間
-----	----

■ 持参薬の管理

9 入院患者の持参薬を鑑別し、患者への服薬指導を行うとともに、それらの情報について医師等に提供している

回/日	時間
-----	----

10 入院患者の持参薬を鑑別し、適切な代替薬についての情報を医師に提供している

回/日	時間
-----	----

■ 注射剤の混合調製

11 注射剤の混合を薬剤師が行っている。

(1) 全部行っている

(2) 一部行っている

高カロリー輸液

抗がん剤

その他()

その他()

その他()

その他()

(3) 行っていない

回/日	時間
回/日	時間
回/日	時間
回/日	時間
回/日	時間
回/日	時間
回/日	時間

12及び13は、11で(1)又は(2)と回答した場合のみ記入してください。

12 混合の場所

(1) 薬剤部

(2) 病棟(サテライト薬局)

回/日	時間
回/日	時間

13 混合した薬剤の渡し先

(1) 看護ステーション

(2) 患者の病床

回/日	時間
回/日	時間

14 医師、看護師等への情報提供(投与方法, 投与速度, 投与間隔, 投与経路, 投与部位等の情報)

(1) 混合調製した(する)注射剤のすべてについて行っている

回/日	時間
-----	----

(2) 必要な場合のみ行っている

回/日	時間
-----	----

(3) 情報提供していない

--	--

■ その他

15 院内事故事例、インシデント事例を分析し事故防止対策を立案している

回/月	時間
-----	----

16 院内の薬物療法委員会等に参画し、又はガイドライン等の策定に参画している

回/月	時間
-----	----

17 クリニカルパスの作成に関与し、その実施に参画している

回/月 随時	時間
-----------	----

18 病棟の医療材料(ステント、カテーテル等医療用材料)を管理している

種類	時間
----	----

その他、医療安全管理において実施している業務を記載して下さい。(日又は週毎の回数、延べ時間を付記して下さい)

薬剤師に係わる業務内容	実施頻度及び準備も含めた所要時間

III 褥瘡対策 - 調査票 3

1 褥瘡対策チームについて

チーム構成: a. 医師()名、b. 看護師()名、c. 薬剤師()名、d. 事務()名、e. その他()

2 褥瘡の様々な病期・病態に適した外用薬についての情報を医師に提供している	頻度	延べ時間
	回/週	時間 (注)

(注)文献検索など準備も含めた所要時間×人数を記載する。以下同様。

3 褥瘡の様々な病期・病態に適したドレッシング剤についての情報を医師に提供している	頻度	延べ時間
	回/週	時間

4 アルブミン値を指標とする栄養量及び投与経路を設定するための情報を医師に提供している	頻度	延べ時間
	回/週	時間

5 褥瘡の病期・病態に対応した高カロリー輸液療法を実施するための情報を医師に提供している	頻度	延べ時間
	回/週	時間

6 褥瘡の病期・病態に対応した経腸栄養(EN(経口、鼻腔)など)療法を実施するための情報を医師に提供している	頻度	延べ時間
	回/週	時間

7 褥瘡の様々な病期・病態に適した消毒薬を選択するための情報を医師に提供している	頻度	延べ時間
	回/週	時間

8 経管(腸)及び静脈栄養ラインの汚染を防止するための情報を看護師等に提供している	頻度	延べ時間
	回/週	時間

9 院内感染防止の観点から、室内の適切な消毒剤を選択し、適切に使用するための情報を看護師等に提供している	頻度	延べ時間
	回/月	時間

その他、褥瘡対策において実施している業務を記載して下さい。(週又は月毎の回数、延べ時間を付記して下さい)

薬剤師が係わる業務内容	実施頻度及び準備も含めた所要時間

IV 疾病別薬物療法及び指導 - 調査票 4

(1) がん薬物療法

	頻度	延べ時間
1 院内で使用しているプロトコールを調査・分析し、プロトコールに基づき処方せんを鑑査し(投与量、薬物相互作用、投与方法、投与間隔、投与速度、配合変化など)適切な情報を医師に提供している	回/日(週)	時間 (注)
(注)文献検索など準備も含めた所要時間×人数を記載する。以下同様。		
2 処方設定に必要な情報(抗がん剤の感受性試験、可能性のある副作用の予測、予防、副作用の対処、投与適格患者の確認などを医師に提供している)	回/日(週)	時間
3 副作用の初期症状、臨床検査値等をモニターし、適切な情報を医師に提供している	回/日(週)	時間
4 患者・家族のニーズに合致した服薬指導を行っている	回/日(週)	時間
5 患者への服薬指導等の状況について、医師、看護師等に情報提供している。	回/日(週)	時間
6 抗がん剤を混合調製し、投与方法、投与速度、投与間隔、投与経路等の情報を医師、看護師等に提供している	回/日(週)	時間
7 抗がん剤の曝露時の対処等の安全対策情報を医師、看護師等に提供している	回/月	時間

その他、がん薬物療法において実施している業務を記載して下さい。(週又は月毎の回数、延べ時間を付記して下さい)

薬剤師が係わる業務内容	実施頻度及び準備も含めた所要時間

(2) 糖尿病薬物療法

1 薬の正しい使い方などを糖尿病教室で患者に集団指導している

頻度	延べ時間
回/月	時間 (注)

(注)文献検索など準備も含めた所要時間×人数を記載する。以下同様。

2 薬の正しい使い方等を患者に個別指導している

回/週	時間
-----	----

3 コンプライアンスの向上をはかるために継続的に薬の重要性等を患者に説明し、指導内容を医師に情報提供している

回/週	時間
-----	----

4 インスリン自己注射の正しい使い方を患者に指導している

回/週	時間
-----	----

5 副作用の初期症状、臨床検査値等をモニターし、適切な情報を医師に報告している

回/週	時間
-----	----

6 患者への服薬指導等の状況について、医師、看護師等に情報提供している。

回/日(週)	時間
--------	----

その他、糖尿病対策において実施している業務を記載して下さい。(週又は月毎の回数、延べ時間を付記して下さい)

薬剤師が係わる業務内容	実施頻度及び準備も含めた所要時間

(3) 精神科薬物療法

1 向精神薬の取り扱い注意事項について患者・家族に説明している

頻度	延べ時間
回/週	時間 (注)

(注)文献検索など準備も含めた所要時間×人数を記載する。以下同様。

2 向精神薬を適正に管理するための法規について医療従事者に説明している

回/年	時間
-----	----

3 副作用の初期症状、臨床検査値等をモニターし、適切な情報を医師に報告している

回/週	時間
-----	----

4 患者への服薬指導等の状況について、医師、看護師等に情報提供している。

回/日(週)	時間
--------	----

その他、精神科薬物療法において実施している業務を記載して下さい。(週又は月毎の回数、延べ時間を付記して下さい)

薬剤師が係わる業務内容	実施頻度及び準備も含めた所要時間

V 栄養管理 - 調査票 5

	頻度	延べ時間
1 高カロリー輸液を混合調製し、投与速度、投与間隔、投与経路等の情報を医師、看護師等に提供している	回/週	時間 (注)
(注)文献検索など準備も含めた所要時間×人数を記載する。以下同様。		
2 静脈栄養剤、経腸栄養剤を選択するための情報(総カロリー、糖質、アミノ酸、脂肪量、電解質等)を医師に提供している	回/週	時間
3 注射剤の配合変化に関する情報を医師、看護師等に提供している	回/週	時間
4 静脈注射及び経腸栄養ラインの細菌汚染を防止するための情報を医療従事者に提供している	回/週	時間
5 静脈栄養剤及び経腸栄養剤投与における副作用症状、臨床検査値をモニターし、適切な情報を医師に報告している	回/週	時間
6 在宅栄養療法へ移行する時に、正しい使い方等を患者に説明している	回/週	時間

その他、栄養管理において実施している業務を記載して下さい。(週又は月毎の回数、延べ時間を付記して下さい)

薬剤師に係わる業務内容	実施頻度及び準備も含めた所要時間

化学療法実施計画書

新規・継続・変更

低用量レボホリナート・フルオウラシル
・シスプラチン動注療法

LowLV・FU・CDDP-IA

担当医 _____

提出日 平成____年____月____日

アイソボリン	12.5 mg
ブリプラチン	10 mg
5FU	500 mg

M T _____
身長 _____ cm
体重 _____ kg
投与量設定 _____ %dose

投与スケジュール 一週おきに投与する。

薬剤名	用量	用法	投与開始日			
			平成	年	月	日
アイソボリン25mg	12.5mg	動脈 (経カテーテル) 注射 2~3分				
生理食塩液	10 mg					
ブリプラチン10mg	10 mg	同上				
5-FU 250mg	500 mg	持続注入(LV50) 5時間				
生理食塩液 500ml	230 ml					

- ①白血球数が十分であること
- ②下痢がみられないこと
- ③発熱がみられないこと
- ④白血球増加(感染徴候)がみられないこと
- ⑤CRP上昇(感染徴候)がみられないこと
- ⑥貧血がみられないこと
- ⑦全身状態が良好なこと
- ⑧重篤な腎機能障害がみられないこと
- ⑧TS-1服用中または服用中止後7日以内でないこと

WBC 3000未満
PLT 75000未満
下痢, 発熱, CRP上昇
WBC増加(12000以上)
急激な貧血傾向
(RBC減少, Hb低下)
TP 5.9g/dl未満
Alb 3.0g/dl未満
BUN 20mg/dl以上
sCr 1.2mg/dl以上

投与中止または
回復するまで
投与延期

左記は、あくまでも目安。

特記事項

投与予定日(投与開始日から起算)

終了後カテーテルにヘパリン生食液を注入する。 (濃度:ヘパリン1ml+生食4ml)						
次回化学療法が中止の場合には、速やかに 薬剤科へ連絡						

化学療法処方せん

薬剤科 ← 外来・病

動注

LowLV・FU・CDDP-IA

__回目

処方医

RP.	実施日		月 日	
	薬品名		用量・単位	
1	アイソボリン注		12.5	mg
	生理食塩液 20ml		20	ml
	... IA(2分)			
2	ブリプラチン 10mg		10	mg
	... IA(2分)			
3	5-FU		500	mg
	生理食塩液500ml		230	ml
	... IA(5時間)			
	(LV50使用)			
4	ヘパリン5000単位		1000	E
	生理食塩液		4	ml
	... IA(実施前後フラッシュ用)			
検査値				
AST	異常値			
ALT	異常値			
TP	5.9g/dl以上			
ALB	3.9g/dl以上			
BUN	20mg/dl以上			
Cr	1.2g/dl以上			
WBC	3000以上 1.2万未満			
RBC	貧血傾向			
HB	貧血傾向			
PLT	7.5万以上			
CRP	感染徴候あるときのみ			
調剤	鑑査	受領者	入力	

看護記録			
	前	中	後
体重			
体温			
血圧			
吐き気・嘔吐			
下痢			
便秘			
血管外漏出			
PS			
疼痛			
実施者			

- ①白血球数が十分であること
- ②下痢がみられないこと
- ③発熱がみられないこと
- ④白血球増加(感染徴候)がみられないこと
- ⑤CRP上昇(感染徴候)がみられないこと
- ⑥貧血がみられないこと
- ⑦全身状態が良好なこと
- ⑧重篤な腎機能障害がみられないこと
- ⑨TS-1服用中または服用中止後7日以内でないこと

WBC 3000未満
 PLT 75000未満
 下痢, 発熱, CRP上昇
 WBC増加(12000以上)
 急激な貧血傾向(RBC減少, Hb低下)
 TP 5.9g/dl未満
 Alb 3.0g/dl未満
 BUN 20mg/dl以上
 sCr 1.2mg/dl以上

➡ 投与中止または回復するまで投与延期

左記はあくまでも目安です。

【禁忌】(必ず確認して下さい)
 重篤な骨髄抑制のある患者
 下痢のある患者
 重篤な腎障害の患者
 重篤な感染症を合併している患者
 多量の腹水, 胸水のある患者
 重篤な心疾患又はその既往歴のある患者
 全身状態が悪化している患者
 アイソボリン・FU・シスプラチンに対し重篤な過敏症の既往歴のある患者
 ティーエスワン(TS-1)服用中または投与中止7日以内の患者

石巻市立病院

化学療法実施計画書

新規・継続・変更

_____クール目

ゲノシタビン療法(臍)

GEM(臍)

担当医 _____

提出日 平成____年____月____日

ジェムザール 1000mg/m²

M T _____
身長 _____ cm
体重 _____ kg
体表面積 _____ m²
投与量設定 _____ %dose

投与スケジュール 1週間ごとに3回繰り返した後、1週間休薬する。これを1クールとする。

薬剤名	用量	用法	-①	②	③	-①	②	③
			/	/	/	/	/	/
ジェムザール	mg	点滴注射 30分	↓	↓	↓	↓	↓	↓
生理食塩液100ml	ml							
カイトリル 1A	A	点滴注射						
生理食塩液 100ml	ml							

【禁忌】(必ず確認して下さい)
重篤な骨髄抑制のある患者
胸部X線写真で明らかで、かつ臨床症状のある間質性肺炎
又は肺線維症のある患者
胸部への放射線療法を施行している患者
重篤な感染症を合併している患者
多量の腹水、胸水のある患者
ジェムザールに対し重篤な過敏症の既往歴のある患者
妊娠又は妊娠している可能性のある婦人

WBC 2000未満
PLT 70000未満

⇒ 投与中止または
回復するまで
投与延期

週1回投与を30分間点滴静注により行うこと
外国の臨床試験において週2回以上あるいは
1回の点滴を60分以上かけて行うと副作用は

特記事項

化学療法処方せん

薬剤科 ← 外来・病

体表面積	m ²
体重	kg
身長	cm

GEM(臍)

___クール___回目

処方医

RP.	実施日	月	日
	薬品名	用量・単位	
1	ジェムザール()		mg
	生理食塩液()	100	ml
	... DIV(30分)		
2	カイトリル		A
	生理食塩液100ml		ml
	... DIV		
3	生理食塩液50ml	50	ml
	... IV(実施前後フラッシュ用)		

看護記録			
	前	中	後
体重			
体温			
血圧			
吐き気・嘔吐			
下痢			
便秘			
血管外漏出			
PS			
疼痛			
実施者			

検査値	
T-Bil ²⁾	正常2.5倍以下
AST ¹⁾	正常2.5倍以下
ALT ¹⁾	正常2.5倍以下
BUN	上限
Cr	上限
WBC	4000以上 1.2万未満
Neut	2000以上
PLT	10万以上
HB	9.5g/dl以上

週1回投与を30分間点滴静注により行うこと
 外国の臨床試験において週2回以上あるいは1回の点滴を60分
 以上かけて行うと副作用は増大した例が報告されている。

WBC 2000未満
 PLT 70000未満

➡ 投与中止または回復
 するまで投与延期

1)閉塞性黄疸、肝転移のある症例は正常値上限の3倍以下とする
 2)閉塞性黄疸を合併している症例は、胆道ドレナージを施行し、減黄
 後、総ビリルビン値が正常値上限の3倍以下になったことを確認し
 た後に投与を開始する。

【禁忌】(必ず確認して下さい)
 重篤な骨髄抑制のある患者
 胸部X線写真で明らかで、かつ臨床症状のある間質性肺炎又は
 肺線維症のある患者
 胸部への放射線療法を施行している患者
 重篤な感染症を合併している患者
 多量の腹水、胸水のある患者
 ジェムザールに対し重篤な過敏症の既往歴のある患者
 妊娠又は妊娠している可能性のある婦人

調剤	鑑査	受領者	入力

石巻市立病院

化学療法実施計画書

新規・継続・変更

___クール目

レボホリナート・フルオロウラシル療法

LV-FU

担当医 _____

提出日 平成___年___月___日

アイソボリン	250mg/m ²
5FU	600mg/m ²

M T _____
 身長 _____ cm
 体重 _____ kg
 体表面積 _____ m²
 投与量設定 _____ %dose

投与スケジュール 1週間ごとに6回繰り返した後、2週間休薬する。これを1クールとする。

薬剤名	用量	用法	-①	②	③	④	⑤	⑥
			/	/	/	/	/	/
アイソボリン25mg	mg	点滴注射 2時間	↓	↓	↓	↓	↓	↓
5%ブドウ糖液500ml	ml							
5-FU 250mg	A	点滴注射(2分) (アイソボリン開始 1時間後)	↓	↓	↓	↓	↓	↓
生理食塩液 50ml	ml							
カイトリル 1A	A	点滴注射						
生理食塩液 100ml	ml							

- ①投与直前の白血球数が十分であること
- ②投与直前に下痢がみられないこと
- ③投与直前に発熱がみられないこと
- ④投与直前に白血球増加(感染徴候)がみられないこと
- ⑤投与直前にCRP上昇(感染徴候)がみられないこと
- ⑥投与直前に貧血がみられないこと
- ⑦投与直前の全身状態が良好なこと
- ⑧TS-1服用中または服用中止後7日以内でないこと

WBC 3000未満
 PLT 75000未満
 下痢, 発熱, CRP上昇
 WBC増加(12000以上)
 急激な貧血傾向
 (RBC減少, Hb低下)
 TP 5.9g/dl未満
 Alb 3.0g/dl未満

投与中止または
回復するまで
投与延期

3回目以降は骨髄抑制,
下痢の発現の頻度が高くなる傾向があるの

特記事項

化学療法処方せん

薬剤科 ← 外来・病

LV-FU

___クール ___回目

処方医

RP.	実施日		月	日
	薬品名		用量・単位	
1	アイソボリン注			mg
	5%ブドウ糖液500ml		500	ml
	... DIV(2時間)			
2	5-FU			mg
	生理食塩液50ml			ml
	... DIV(2分)			
	(LV開始1時間後)			
3	カイトリル			A
	生理食塩液100ml			ml
	... DIV			
4	生理食塩液50ml		50	ml
	... IV(実施前後フラッシュ用)			
検査値				
AST	異常値			
ALT	異常値			
TP	5.9g/dl以上			
ALB	3.9g/dl以上			
BUN	異常値			
Cr	異常値			
WBC	3000以上 1.2万未満			
RBC	貧血傾向			
HB	貧血傾向			
PLT	7.5万以上			
CRP	感染徴候あるときのみ			
調剤	鑑査	受領者	入力	

	看護記録		
	前	中	後
体重			
体温			
血圧			
吐き気・嘔吐			
下痢			
便秘			
血管外漏出			
PS			
疼痛			
実施者			

- ①投与直前の白血球数が十分であること
- ②投与直前に下痢がみられないこと
- ③投与直前に発熱がみられないこと
- ④投与直前に白血球増加(感染徴候)がみられないこと
- ⑤投与直前にCRP上昇(感染徴候)がみられないこと
- ⑥投与直前に貧血がみられないこと
- ⑦投与直前の全身状態が良好なこと
- ⑧TS-1服用中または服用中止後7日以内でないこと

WBC 2000未満
 PLT 70000未満
 下痢、発熱、CRP上昇
 WBC増加(12000以上)
 急激な貧血傾向(RBC減少、Hb低下)
 TP 5.9g/dl未満
 Alb 3.0g/dl未満

➡ 投与中止または回復するまで投与延期

3回目以降は骨髄抑制、下痢の発現の頻度が高くなる傾向があるので注意する。

【禁忌】(必ず確認して下さい)
 重篤な骨髄抑制のある患者
 下痢のある患者
 重篤な感染症を合併している患者
 多量の腹水、胸水のある患者
 重篤な心疾患又はその既往歴のある患者
 全身状態が悪化している患者
 アイソボリン又はFU1に対し重篤な過敏症の既往歴のある患者
 ティーエスワン(TS-1)服用中または投与中止7日以内の患者

石巻市立病院

化学療法実施計画書

新規・継続・変更

_____クール目

イリリカン・フルオロウラシル・
ロイコホリン療法

CPT11FULV

担当医 _____

提出日 平成____年____月____日

トポテシン	100mg/m ²
5-FU	500mg/m ²
アイソボリン	10mg/m ²

M T _____
身長 _____ cm
体重 _____ kg
体表面積 _____ m²
投与量設定 _____ %dose

投与スケジュール 1週間ごとに3回繰り返した後、2週間休薬する。これを1クールとする。

薬剤名	用量	用法	①	②	③
			/	/	/
トポテシン	mg	点滴注射 90分	↓	↓	↓
ヴィーンF	500 ml				
アイソボリン25mg	mg	点滴(全開) (CPT11終了後)	↓	↓	↓
5-FU 250mg	mg				
生理食塩液 50ml	50 ml				
カイトリル 1A	1A	点滴注射30分 (CPT11投与前)	↓	↓	↓
生理食塩液 100ml	100ml				

【禁忌】(必ず確認して下さい)

骨髄機能抑制のある患者
感染症を合併している患者
下痢(水様便のある患者)
腸管麻痺、腸閉塞のある患者
重篤な心疾患又はその既往歴のある患者
間質性肺炎または肺繊維症のある患者
多量の腹水・胸水のある患者
黄疸のある患者
塩酸アザナビル投与中の患者
アイソボリン、FU又はイリリカンに対し過敏症の既往歴のある患者

WBC 3000未満
PLT 75000未満
急激な貧血傾向
(RBC減少, Hb低下)
TBil 2.1mg/dl以上
感染症又はその疑い
(CRP上昇, WBC増加)
TP 5.9g/dl未満
Alb 3.0g/dl未満
下痢
排便回数の増加 2回以上
水様便 腹痛

投与中止または
回復するまで
投与延期

白血球、血小板数が左記の
値以上であっても前回と比
較して急激な減少傾向のあ
る場合は、投与を中止する
か回復するまで延期する。

次コースを開始する際の注意事項

- 必ず前コース治療による副作用が回復してから投与を開始すること。
- 前コースにWBC減少(1900~1000)、好中球減少(990~500)あるいは高度な下痢(水様便)、排便回数の増加(4~9回/日)、腹痛が認められた場合には、副作用の回復を確認後、投与量を20~25%程度減量して投与すること。
- 前コースにWBC減少(1000未満)、高度な下痢(水様便)、排便回数の増加(10回/日以上)が認められた場合には、本剤の投与を中止してください。

特記事項

化学療法処方せん

薬剤科 ← 外来・病

CPT11・FU・LV

__クール__回目

処方医

RP.	実施日		月 日	
	薬品名	用量・単位		
1	デカドロン(8)			v
	カイトリル		1	A
	生理食塩液100ml		100	ml
	... DIV(30分)			
デカドロン注を実施する場合は用量を記載して下さい				
2	トポテシン			mg
	ヴィーンF		500	ml
	... DIV(90分)			
3	アイソボリン注			mg
	5-FU			mg
	生理食塩液50ml		50	ml
	... DIV(全開) (CPT11終了直後)			
4	生理食塩液50ml		50	ml
	... DIV(全開) (フラッシュ用)			
検査値				
T-Bil	2.1mg/dl以上			
AST	異常値			
ALT	異常値			
TP	5.9g/dl以上			
ALB	3.9g/dl以上			
BUN	異常値			
Cr	異常値			
WBC	3000以上 1.2万未満			
RBC	貧血傾向			
HB	貧血傾向			
PLT	7.5万以上			
CRP	感染徴候あるときのみ			
前コースにWBC減少(1000未満)、高度な下痢(水様便)、排便回数の増加(10回/日以上)が認められた場合には、本剤の投与を中止してください。				
調剤	鑑査	受領者	入力	

看護記録			
	前	中	後
体重			
体温			
血圧			
吐き気・嘔吐			
下痢			
便秘			
血管外漏出			
PS			
疼痛			
実施者			

【禁忌】(必ず確認して下さい)

骨髄機能抑制のある患者
 感染症を合併している患者
 下痢(水様便のある患者)
 腸管麻痺、腸閉塞のある患者
 重篤な心疾患又はその既往歴のある患者
 間質性肺炎または肺繊維症のある患者
 多量の腹水・胸水のある患者
 黄疸のある患者
 塩酸アタザナビル投与中の患者
 アイソボリン、FU又はイリリファンに対し過敏症の既往歴のある患者

WBC 3000未満
 PLT 75000未満
 急激な貧血傾向
 (RBC減少、Hb低下)
 TBil 2.1mg/dl以上
 感染症又はその疑い
 (CRP上昇、WBC増加)
 TP 5.9g/dl未満
 Alb 3.0g/dl未満
 下痢
 排便回数の増加 2回以上
 水様便、腹痛

投与中止または回復
 するまで投与延期

白血球、血小板数が左記の値以上であつても前回と比較して急激な減少傾向のある場合は、投与を中止するか回復するまで延期する。
 前コースにWBC減少(1900~1000)、好中球減少(990~500)あるいは高度な下痢(水様便)、排便回数の増加(4~9回/日)、腹痛が認められた場合には、副作用の回復を確認後、投与量を20~25%程度減量して投与すること。

石巻市立病院