


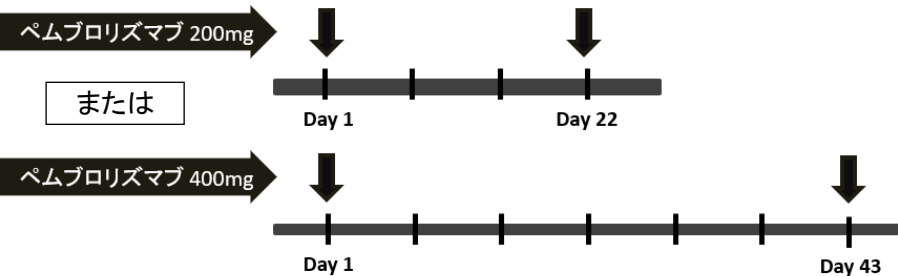
抗がん剤治療に関する説明及び同意書

●あなたの病気・治療法について

ペムブロリズマブ療法

ペムブロリズマブの点滴を1回200mg 3週間毎または、1回400mg 6週間毎に1回行い（1回を1コースと数えます）、これを効果が持続している間、繰り返します。

ペムブロリズマブ療法（スケジュールと方法）

薬剤	方法	治療日（目安）
ペムブロ リズマブ	点滴 	 <p>ペムブロリズマブ 200mg</p> <p>または</p> <p>ペムブロリズマブ 400mg</p> <p>Day 1 Day 22</p> <p>Day 1 Day 43</p>

●副作用について

副作用の現れ方、出現頻度には個人差があります。抗がん剤による副作用は、薬で予防できるものや、症状を和らげることができるものもありますので、副作用がつらいと感じたときにも担当医にお知らせください。

起こりやすい副作用	だるさ、発熱、吐き気、皮膚障害、甲状腺機能障害、神経障害、副腎障害
時として起こる副作用	大腸炎・重度の下痢、1型糖尿病（劇症型も含む）、脳炎、眼の異常、薬剤注入による反応、肝機能障害、腎障害
まれにしか起こらないが重い副作用	間質性肺炎、アナフィラキシーショック、重症筋無力症・筋炎

●起こりやすい副作用

① だるさ

症状の軽いものを含めると、多くの方に現れます。しかし、肺がん自体でも同症状が出現することもあります。

② 吐き気

症状の軽いものも含めると、多くの方に現れます。吐き気止めを使うこともあります。

③ 皮膚障害

皮膚に発疹、かゆみ、皮膚色素減少症（皮膚の一部が白くなる）が現れることがあります。とくに、全身に赤い斑点・水ぶくれ、ひどい口内炎が現れた場合は、すぐに担当医にお知らせください。

④ 甲状腺機能障害

新陳代謝を活発にする甲状腺ホルモンなどを分泌する内分泌器官に炎症を起こすことがあります。いつもより疲れやすい、脱毛、体重の増加・減少、動悸が見られることがあります。定期的に甲状腺機能の検査を行います。

⑤ 副腎障害

副腎機能が低下することで血糖値が下がる場合があります。定期的に血液検査を行います。

●時として起こる副作用

① 大腸炎・重度の下痢

下痢や、大腸に炎症が起こる大腸炎を発症することがあります。下痢、排便回数の増加、腹痛、便に血が混じる、便が黒いなどの症状が現れた場合は、すぐに担当医にお知らせください。

② 1型糖尿病（劇症型も含む）

糖尿病を発症することがあり、インスリン治療が必要になります。急速に進行することがあります。のどの渇き、水を多く飲む、尿の量が増えるなどの症状が現れた場合は、担当医へお知らせください。

③ 脳炎

脳や延髄に炎症が起こり、嘔吐、体の痛み、精神状態に変化が現れることがあります。担当医へお知らせください。

④ 眼の異常

眼乾燥や眼の違和感、視力低下が起こることがあります。

⑤ 薬剤注入による反応

点滴中または投与後に発熱、悪寒、ふるえ、かゆみ、発疹、高血圧や低血圧（めまい、ふらつき、頭痛）、呼吸困難などが現れることがあります。点滴中や点滴後24時間以内にこのような症状が現れた場合は、担当医にお知らせください。

●まれにしか起こらないが重い副作用

① 間質性肺炎

間質性肺炎（肺臓炎）は、発症した患者さんの半分近くが命をおとす危険な副作用です。風邪のような症状（咳がひどくなる・息切れ・発熱など）が現れたら、担当医に伝えるようにしてください。

② アナフィラキシーショック

極めて稀に、点滴中にショック状態や呼吸困難が出現することがあります。点滴中に痒みが出たり、息苦しくなった場合には、すぐに知らせてください。

③ 重症筋無力症・筋炎

神経から筋肉への情報の伝達がうまくいかなくなり、筋肉の炎症を伴うこともあります。息苦しい、足・腕に力が入らない、ものが二重に見えるなどの症状が現れた場合は、担当医にお知らせください。

●その他注意すること

① 血管外漏出

抗がん剤が血管の外に漏れることで組織の障害(炎症・壊死)などをもたらします。点滴中に痛みが出現した時にはすぐにスタッフへ教えてください。また組織の障害は数日経過してから起こることもあります。

抗がん剤治療による様々な副作用は上記以外にも起こることが報告されています。適切な治療を行ったにも関わらず、お亡くなりになる方もいらっしゃいます。上記のような症状、または上記以外でもいつもと違う症状が出た場合は、担当医まで連絡してください。

以上がん化学療法について説明をしました。 西暦 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立循環器呼吸器病センター

@USERSECTION 担当医師 _____

上記について担当医から説明を受け、納得しましたので治療を受けることに同意します。

西暦 年 月 日

患者氏名 _____

親族又は代理人(配偶者・父母・兄弟姉妹・親権者・保護義務者・法定代理人・その他)

氏名 _____ 続柄 _____