


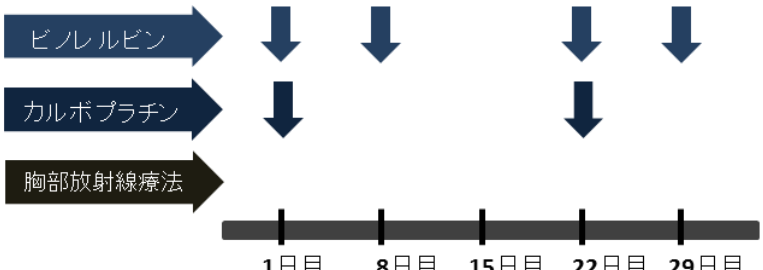
## 抗がん剤治療に関する説明及び同意書

### ●あなたの病気・治療法について

#### カルボプラチン+ビノレルビン+放射線療法

1日目にカルボプラチン、ビノレルビンの点滴を、8日目にビノレルビンの点滴を行い、これらを3週間ごとに効果が持続している間、繰り返します。さらに放射線治療も行います。

#### カルボプラチン+ビノレルビン+放射線療法(スケジュールと方法)

薬剤	方法	治療日(目安)
カルボプラチン + ビノレルビン + 放射線	点滴 	 <p>ビノレルビン</p> <p>カルボプラチン</p> <p>胸部放射線療法</p> <p>1日目 8日目 15日目 22日目 29日目</p> <p>2コース</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、副作用が辛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	白血球・血小板減少、貧血、脱毛、放射線性肺炎
時として起こる副作用	だるさ、便秘、しびれ、吐き気
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

### ●起こりやすい副作用

#### ① 白血球減少

白血球は、細菌から身を守る役割(免疫機能)を担っているため、ある一定以上の数がないと感染症にかかりやすくなります。この薬剤は白血球数を低下させやすいとされており、状況によっては「白血球を増やす注射」を投与することもあります。最も白血球数が低下する時期は投与7日から14日目とされています。この時期あたりで発熱を認めた場合には、早期に担当医にお知らせください。

## ② 血小板減少

軽度なものが大半です。治療開始から1～2週間目に最も低下します。血小板は止血に重要な機能を果たしています。血小板の数が極端に低下した時や(2万未満)、出血がみられる場合などは、血小板輸血を行うことがあります。

## ③ 貧血

酸素を全身に運ぶ赤血球が減少することがあります。1～2カ月目以降に起こることがあります。貧血が強い場合には、輸血を行うこともあります。

## ④ 脱毛

治療開始2週間後くらいから髪の毛が抜け始めます。しかし治療が終了して1～2か月後には髪の毛が生え始め、6～7か月後には、治療前と同じくらいまで生えそろういます。

## ⑤ 放射線性肺炎

程度の差はありますが、放射線性の肺障害がおこります。照射後1～6か月頃に症状が出現することがあります。

### ●時として起こる副作用

#### 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 便秘

抗がん剤治療を受けている間、便秘が起こることがあります。便を柔らかくする薬や腸の動きを促す薬を使って、便通を改善するようにします。

#### ③ しびれ

症状の軽い方がほとんどですが、治療を始めて1～2か月後から、手足や足先にしびれが出る場合があります。治療終了後も症状が続く場合があります。

#### ④ 吐き気

症状の軽いものを含めると、多くの方に現れます。吐き気止めを使って、できるだけ吐き気が出ないようにします。

### ●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。

### ●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 \_\_\_\_\_