


# 抗がん剤治療に関する説明及び同意書

## ●あなたの病気・治療について

### オシメルチニブ（タゲリッソ）療法

1日1回1錠を、コップ1杯の水またはぬるま湯と一緒に服用します。

#### オシメルチニブ療法(スケジュールと方法)

| 薬剤      | 治療法(目安)  |
|---------|--|
| オシメルチニブ | 1日1回1錠<br> 効果が持続している間、<br>継続して服用 |

## ●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。

※この薬は、下記のような皮膚症状や爪の変化が起こりやすいと言われています。皮膚に対する清潔・保湿などのスキンケア、紫外線などの刺激から避けることを心がけてください。薬を継続して飲むことができるよう、対策を行いましょう。

|                  |                                       |
|------------------|---------------------------------------|
| 起こりやすい副作用        | 下痢、皮疹、皮膚乾燥、肝機能障害、爪の変化、吐き気、白血球減少、血小板減少 |
| 時として起こる副作用       | 脱毛、便秘、だるさ                             |
| まれにしか起こらないが重い副作用 | 間質性肺炎、心電図異常                           |

## ●起こりやすい副作用

### ① 下痢

下痢の回数が増えると脱水症状を引き起こすことがあるので注意が必要です。飲み薬や点滴による治療を行うこともあります。

### ② 皮疹

内服開始後、2～3週目頃からニキビのような発疹が顔・胸・背中・腕などに現れることがあります。皮膚を清潔に保ち、保湿剤や塗り薬を使うこともあります。

### ③ 皮膚乾燥

内服開始後、3週目頃から皮膚の乾燥やかゆみが現れることがあります。皮膚を清潔に保ち、保湿剤や塗り薬を使うこともあります。

#### ④ 肝機能障害

個人差が大きいですが、特にタグリツソに関連して出現することがあります。肝機能障害がひどくなった場合には、薬剤投与を中止することもあります。

#### ⑤ 爪の変化

内服開始後、7 週目頃から爪・指の周りにひび割れのような亀裂が入り、炎症が現れることがあります。皮膚を清潔に保ち、保湿剤や塗り薬を使うこともあります。

#### ⑥ 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。

#### ⑦ 白血球減少

白血球は、細菌から身を守る役割(免疫機能)を担っているので、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。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。

#### ⑧ 血小板減少

軽度なものが大半です。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。

### ●時として起こる副作用

#### ① 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。

#### 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 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。

### ●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 心電図異常

動悸、めまい、ふらつき、気を失うなどの症状が出ることがあります。心電図検査などを行うことがあります。

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 \_\_\_\_\_