

# 抗がん剤のフォローアップ

さいたま市薬剤師会

新井 一也

# 利益相反の開示

発表者: 新井 一也

私は今回の演題に関連して、  
開示すべき利益相反はありません。

# 抗がん剤のフォローアップって・・・

- ▶ 処方せんに記載されている以外にも院内での治療も行われているため、治療内容が把握できない。
- ▶ 治療内容どころか、癌腫も聞き取れないことも多く、何癌かもわからずにフォローしていけるか心配。
- ▶ 内服の抗がん剤だけでも種類が多いのに、点滴も含めると膨大すぎてとても覚えきれない。
- ▶ 今後の治療の流れを想定するためには癌腫ごとのガイドラインを把握していなくてはならず大変。
- ▶ そもそも、どんなフォローを入れていけばいいのやらわからない。



# 代表的な副作用とその対応方法

- ▶ 悪心嘔吐
- ▶ 下痢
- ▶ 皮膚障害
- ▶ 口内炎
- ▶ 発熱性好中球減少症
- ▶ その他

# 悪心嘔吐の分類

## ▶ 急性

投与後 2-4 時間以内に発現し、5-HT<sub>3</sub> 受容体拮抗薬やNK1受容体拮抗薬が有効

## ▶ 遅発性

2-4 時間後から約 1 週間程度持続し、デキサメタゾンやNK1受容体拮抗薬が有効

## ▶ 予期性

抗がん剤の投与前から訴えることが特徴で、ベンゾジアゼピン系抗不安薬が有効

## ▶ 突発性

制吐剤の予防投与にもかかわらず発現し、オランザピン等が有効な場合がある

# 悪心嘔吐のリスク因子

- ▶ 若年者（50歳以下）
- ▶ 女性
- ▶ アルコール常飲なし
- ▶ 乗り物酔いしやすい
- ▶ 妊娠時のつわり症状が強かった方
- ▶ 前治療にて悪心・嘔吐あり
- ▶ 副作用への不安

# 食事指導

- ▶ 消化の良いものを  
お米、麺類などの炭水化物を多く含む食べ物は消化が早く、  
胃内滞留時間が短くなるため吐き気を引き起こしにくい
- ▶ 食べられるものを  
好きな時に、少しずつ食べられるものを用意する
- ▶ さっぱりしたものを  
口にしやすい果物やアイス、ゼリーなど
- ▶ 控えたい食品、料理  
食物繊維の多い食べ物、脂肪の多い食べ物、香りの強い野菜、  
においの立つ料理

# 生活指導

## ▶ 口腔内の衛生

口腔内を清潔に保つようにし、食事前には氷水やレモン水などで嗽を行う

## ▶ 姿勢

食後2時間はゆっくり座って安静にするようにする

## ▶ 環境

強い香りの物は吐き気や嘔吐を誘うため置かないようにする

## ▶ 衣類

圧迫する衣類はさけ、ボタンを外すなどゆるめの服にする

# 皮膚障害

- ▶ 手足症候群

指先や手の平、足底に集中的に現れる。特に荷重のかかる部分の発症リスクが大きい。フッ化ピリミジン系とマルチキナーゼ阻害薬を投与している方は要確認。

- ▶ 発疹

- ▶ 皮膚乾燥・掻痒

- ▶ ざ瘡様皮疹

ニキビに似た外見・症状があらわれるが、通常細菌感染は伴わない。

- ▶ 爪囲炎

抗EGFR薬投与開始から6週間前後でみられることが多い。

# 下痢

## ▶ 腸管粘膜障害性の下痢

フッ化ピリミジン系、EGFRチロシンキナーゼ阻害薬、抗EGFR抗体薬、メトトレキサートなど多くの抗がん剤で腸管粘膜障害による下痢が見られる。この下痢は1～2週間程度経ってからみられることが多い。

## ▶ イリノテカンによる下痢

イリノテカンは腸管内で一部が活性体であるSN38になることで腸管粘膜障害性の下痢を引き起こす。

## ▶ その他の原因の下痢

腸管感染症による下痢、併用薬剤が原因の下痢など

# 口内炎

## ▶ 化学療法誘発性粘膜炎

殺細胞性の抗がん剤による口内炎の場合、治療開始後4～7日以内に発症し、2週間以内にピークに達する。投与のサイクルごとに発症し、疼痛は粘膜の変化よりも早く発症しやすく注意を要する。

## ▶ 放射線誘発性粘膜炎

多くの場合、約1.5 Gyの累積線量から口内炎の症状が始まり、3.0 Gyで完全な重症度に達し、数週間～数か月その症状が続く。

# 口腔ケアのポイント

## ▶ 保清

口腔内を清潔に保つため、1日3回の歯磨きを実施してもらおう。

毛先の硬さは好みでよいが、ヘッドの厚みが薄く、ネックも細いものを選んだ方が粘膜への接触の痛みや吐き気がある場合に良い。

口内炎が悪化した場合にはなるべく毛先は柔らかいものにしてもらう。

## ▶ 保湿

夜間は唾液量が少なくなることから口内炎の増悪につながりやすくなるため、就寝前にはうがいをしてもらうのが良い。

# 発熱性好中球減少症

- ▶ 好中球が減少しているときに発熱を起こすと、急速に重篤化して死に至ってしまうことがある。
- ▶ 発熱直後に広範囲抗菌薬を投与することで症状の改善や死亡率の低下が認められている。
- ▶ 投与期間は、熱が下がっても好中球が減少している患者においては再燃の可能性が高いため5日分を飲み切る必要がある。

# その他

- ▶ 間質性肺炎
- ▶ 味覚障害
- ▶ 高血圧
- ▶ 末梢神経障害
- ▶ 流涙

# 抗がん剤フォローアップシート 保険薬局→医療機関

医療機関名 診療科	患者名 様 D
医師名 先生御侍史	薬局名 担当薬剤師
電話番号 FAX番号	電話番号 FAX番号

患者様より以下の内容の報告の  同意を得ました  
 同意を得られておりませんが、必要と判断し報告致します。

レタムン	処方日	年 月 日
確認方法	<input type="checkbox"/> 薬局での聞き取り <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
確認日	2023年4月9日	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(理由 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己調節 <input type="checkbox"/> 服薬拒否)	

悪心	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
嘔吐	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
口内炎	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
味覚異常	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
便秘	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
下痢	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
倦怠感	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
四肢痛	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
手足のしびれ	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
関節性痛炎	- 思苦しさ、息切れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり - 空咳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり - 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

特に改善したい有害事象・医師へ伝えたい事項があれば記載してください

薬局名としての提案事項・その他の報告事項

＜医療機関薬剤師 記載欄＞

報告内容を確認しました  次回から提案通りの内容に変更します  
 提案の内容を考慮し、以下のように対応します  提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します

薬剤師名

年 月 日 医師名: 薬局名:

# irAEフォローアップシート 保険薬局→医療機関

医療機関名 診療科	患者名 様 D
医師名 先生御侍史	薬局名 担当薬剤師
電話番号 FAX番号	電話番号 FAX番号

患者様より以下の内容の報告の  同意を得ました  
 同意を得られておりませんが、必要と判断し報告致します。

レタムン	処方日	年 月 日
確認方法	<input type="checkbox"/> 薬局での聞き取り <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
確認日	2023年4月9日	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(理由 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己調節 <input type="checkbox"/> 服薬拒否)	

嘔吐	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
下痢	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
倦怠感	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
食欲不振	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
手足のしびれ	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
筋力低下	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> 未確認
重症筋力低下-筋炎	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> まぶたが下がってくる <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 未確認
心臓炎	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 浮腫みや体重増加 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 未確認
1型糖尿病	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> のどの渇き <input type="checkbox"/> 尿量の増加 <input type="checkbox"/> 多飲 <input type="checkbox"/> 未確認
皮膚痒疹	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 皮膚掻痒感 <input type="checkbox"/> 未確認
関節性痛炎	- 思苦しさ、息切れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり - 空咳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり - 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

特に改善したい有害事象・医師へ伝えたい事項があれば記載してください

薬局名としての提案事項・その他の報告事項

＜医療機関薬剤師 記載欄＞

報告内容を確認しました  次回から提案通りの内容に変更します  
 提案の内容を考慮し、以下のように対応します  提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します

薬剤師名

年 月 日 医師名: 薬局名:

【 】さんの体調に関する質問票 ( 記入日 月 日 )

1. 吐き気と嘔吐について  
 化学療法を受けてから24時間以内に嘔吐や吐き気はありましたか？  
 いいえ  はい → 嘔吐の場合それは何回でしたか？ \_\_\_\_\_ 回  
 吐き気の場合0~10段階でどの程度でしたか？ \_\_\_\_\_  
 化学療法を受けてから24時間以上経過した後に嘔吐や吐き気はありましたか？  
 いいえ  はい → 嘔吐の場合それは何回でしたか？ \_\_\_\_\_ 回  
 吐き気の場合0~10段階でどの程度でしたか？ \_\_\_\_\_  
 嘔気や吐き気の症状があった場合、それはいつごろまで続きましたか？ \_\_\_\_\_

2. □内炎、食欲不振、味覚異常について  
 □の中やどの痛みはありましたか？あれば一番ひどい時でどの程度の痛みがありましたか？  
 なかった  軽度  中等度  高度  極めて高度  
 痛みがあった場合、それはどの程度普段の生活に影響がありましたか？  
 影響なかった  少し  ある程度  かなり  ものすごく  
 食欲不振はありましたか？あれば一番ひどい時でどの程度でしたか？  
 なかった  軽度  中等度  高度  極めて高度  
 食欲不振があった場合、それはどの程度普段の生活に影響がありましたか？  
 影響なかった  少し  ある程度  かなり  ものすごく  
 食べ物や飲み物の味がわからない、味が変わったという事はありましたか？  
 なかった  軽度  中等度  高度  極めて高度  
 症状があった場合、それはいつから始まり、いつまで続きましたか？ \_\_\_\_\_

3. 排便状況について  
 便秘や下痢の症状はありましたか？  
 いいえ  はい → 排便頻度 回 便の性状



症状があった場合、それはいつから始まり、いつまで続きましたか？ \_\_\_\_\_

4. 手足のしびれについて  
 手足にしびれの症状はありますか？  
 いいえ  はい → 日常生活に影響はありますか？  いいえ  はい  
 日常生活への影響はどのような事でおきていますか？  
 ドアを開くこと  洋服のボタンをかけること  ベルトの使用  
 箸を使うこと  フォークを使うこと  スプーンを使うこと  ナイフを使うこと  
 包丁が持ちづらくなった  リモコン操作が困難  コップや茶碗を落としたりやすくなった  
 ペットボトルのフタが開け辛い  椅子から立ち上がりにくい  階段のぼりにくい  
 歩くつまづいてしまった  その他 \_\_\_\_\_

症状があった場合、それはいつから始まり、いつまで続きましたか？ \_\_\_\_\_

5. 咳症状、息切れ、呼吸困難について  
 階段や坂をのぼるときに息切れをされましたか？  
 いいえ  ほとんどない  たまに  何回か  ほとんど毎回  毎回  
 空気を吸っても足りず、息苦しさを覚えることはありますか？  
 いいえ  ほとんどない  たまに  たいてい  ほとんどいつも  いつも  
 仕事やその他の日常生活に妨げになるような影響はありましたか？  
 いいえ  ほとんどない  たまに  たいてい  ほとんどいつも  いつも  
 症状があった場合、それはいつから始まり、いつまで続きましたか？ \_\_\_\_\_

6. 倦怠感、関節痛、筋肉痛について  
 普段とは異なる疲れやたるさを感じましたか？  
 いいえ  はい → 疲れやたるさは0~10段階でどの程度ですか？ \_\_\_\_\_  
 疲れやたるさは生活に支障になっていますか？  
 影響なかった  少し  ある程度  かなり  ものすごく  
 関節痛は生じていますか？  
 いいえ  はい → 関節痛は0~10段階でどの程度ですか？ \_\_\_\_\_  
 関節痛は生活に支障になっていますか？  
 影響なかった  少し  ある程度  かなり  ものすごく  
 筋肉痛は生じていますか？  
 いいえ  はい → 筋肉痛は0~10段階でどの程度ですか？ \_\_\_\_\_  
 筋肉痛は生活に支障になっていますか？  
 影響なかった  少し  ある程度  かなり  ものすごく  
 症状があった場合、それはいつから始まり、いつまで続きましたか？ \_\_\_\_\_

7. 皮膚症状について  
 肌の乾燥はありますか？ある場合はひどいときでどの程度の症状がありますか？  
 いいえ  軽度  中等度  高度  極めて高度  
 顔や胸に吹き出物やニキビはありますか？ひどいときでどの程度の症状がありますか？  
 いいえ  軽度  中等度  高度  極めて高度  
 手足症候群の症状はありますか？ある場合はひどいときでどの程度の症状がありますか？  
 いいえ  軽度  中等度  高度  極めて高度  
 症状があった場合、それはいつから始まり、いつまで続きましたか？ \_\_\_\_\_

該当なし	グレード1	グレード2	グレード3
悪心	吐き気はあるが食べ物はあまり変わらない	吐き気が出て食べる量が明らかに減少した	吐き気によりほとんど食べることができない
嘔吐	1回程度あり	2-3回程度あり	4回以上あり
口内炎	症状はない	発症はされる、痛みや発熱があまりなく、食事さえすれば食べることが出来る。	痛みがあり、食事がとれない
嘔吐回	食事量は減らないが味に変化がある	不快な味や臭いが感じられ、食事量が減った	
便秘	排便回数に減少、下痢等も発生する	毎日下痢等と発生する、日常生活に影響はない	頻回な便秘と腹痛が重なり、日常生活に影響がある
下痢	排便の排便回数2-3回 (day以内の排便)で増加した	排便の排便回数4-6回 (dayの排便)で増加、日常生活に影響は少ない	排便の排便回数7回以上増加した、日常生活に影響がある
嘔吐回	20%未満あり、または発生がない	毎日20%以上の日常生活を制限する期間がある	毎日20%以上の日常生活を制限する期間がある
関節痛	軽度の疼痛	中等度の疼痛、日常生活に影響はない	高度の疼痛、日常生活に影響がある
筋肉痛	軽度の疼痛	中等度の疼痛、日常生活に影響はない	高度の疼痛、日常生活に影響がある
手足のしびれ	手足の感覚の低下	しびれがあるが、日常生活に影響はない	しびれが強い、日常生活に影響がある
咳	軽度の症状、日常生活に影響はない	中等度の症状、日常生活に影響はない	高度の症状、日常生活に影響がある
呼吸困難	中等度の症状に時々見られる	軽度の症状に時々見られる、日常生活に影響はない	中等度の症状に時々見られる、日常生活に影響がある
発熱	38.0~38.5℃	38.1~38.5℃	38.6℃以上の48時間以内の発熱
体重減少	食感が悪い	食べる量が明らかに減少した	ほとんど食べることができない
脱水症状	明らかに脱水症状はないが、口の中が乾く	明らかに脱水症状があるが、日常生活に影響はない	明らかに脱水症状があり、日常生活に影響がある
口腔乾燥	疼痛と痒みはない、乾燥した皮膚の变化はほとんど見られない	疼痛と痒みはない、乾燥した皮膚の变化はほとんど見られない	疼痛と痒みがあり、乾燥した皮膚の变化はほとんど見られない

# 患者背景

- ▶ 40代 男性
- ▶ 直腸がん
- ▶ FOLFIRI + アバスチン  
(86コース目 81コース目からアバスチン中止)
- ▶ アプレピタント、アムロジピン5、ザクラスHD、ロキソプロフェン、スインプロイク、メトクロプラミド、プレガバリン、ミヤBM、ウルソデオキシコール、ゾルピデム、酸化マグネシウム、MSコンチン30、オプソ内服液、フェロ・グラデュメット初回
- ▶ 他科受診・併用薬あり フランドルテープ、ニトロペン舌下錠

# 令和5年2月受診時

- ▶ 痛みは最近強い。
- ▶ 鈍痛の時は痛くなっては和らいでを繰り返すけど、最近はビリビリする痛みがあって、その時は痛みがずっと続く。
- ▶ オブソは以前よりも使う頻度は増えている。

# 令和5年3月受診時

- ▶ なかなか痛みがとれなくてMSコンチンを増量することになったよ。
- ▶ 最近はずっとよく眠れていなくて、ここ2日くらいは全然眠れていないから今日はすごくぼーっとするよ。
- ▶ 今まで便秘の痛みなのか患部の痛みなのか良くわからなかったけど、今はビリビリする痛みだから患部の痛みなんだなってわかるよ。

1. 吐き気と嘔吐について

化学療法を受けてから24時間以内に嘔吐や吐き気はありましたか？

いいえ  はい → 嘔吐の場合それは何回でしたか？

2~3回

吐き気の場合0~10段階でどの程度でしたか？

3

化学療法を受けてから24時間以上経過した後に嘔吐や吐き気はありましたか？

いいえ  はい → 嘔吐の場合それは何回でしたか？

2~3回

吐き気の場合0~10段階でどの程度でしたか？

3

2. □内炎、食欲不振、味覚異常について

□の中やのどの痛みはありましたか？あれば一番ひどい時でどの程度の痛みがありましたか？

なかった  軽度  中等度  高度  極めて高度 たまに

痛みがあった場合、それはどの程度普段の生活に影響がありましたか？

影響なかった  少し  ある程度  かなり  ものすごく

食欲不振はありましたか？あれば一番ひどい時でどの程度でしたか？

なかった  軽度  中等度  高度  極めて高度

食欲不振があった場合、それはどの程度普段の生活に影響がありましたか？

影響なかった  少し  ある程度  かなり  ものすごく

食べ物や飲み物の味がわからない、味が変わったということはありませんでしたか？

なかった  軽度  中等度  高度  極めて高度

### 3. 排便状況について

便秘や下痢の症状はありましたか？

いいえ

はい

→ 排便頻度 1~2回/日

便の性状

5

1  
コロコロ便



便がコロコロコロコロと  
乾燥している

2  
硬い便



便が硬く、排便時に  
痛みを感じる

3  
やや硬い便



大便がやや硬いものの  
排便時に痛みを感じる

4  
普通便



柔らかく滑らかで排便時に  
痛みを感じない

5  
やや軟らかい便



柔らかく排便時に  
痛みを感じる

6  
泥状便



便が柔らかく、排便時に  
痛みを感じる

7  
水様便



便が水様で、排便時に  
痛みを感じる

### 4. 倦怠感、関節痛、筋肉痛について

普段とは異なる疲れやだるさを感じましたか？

いいえ

はい

→ 疲れやだるさは0~10段階でどの程度ですか？

5

疲れやだるさは生活に支障になっていますか？

影響なかった

少し

ある程度

かなり

ものすごく

関節痛は生じていますか？

いいえ

はい

→ 関節痛は0~10段階でどの程度ですか？

関節痛は生活に支障になっていますか？

影響なかった

少し

ある程度

かなり

ものすごく

筋肉痛は生じていますか？

いいえ

はい

→ 筋肉痛は0~10段階でどの程度ですか？

筋肉痛は生活に支障になっていますか？

影響なかった

少し

ある程度

かなり

ものすごく

5. 手足のしびれについて

手足にしびれの症状はありますか？

いいえ  はい → 日常生活に影響はありますか？  いいえ  はい

日常生活への影響はどのような事でおきていますか？

- ドアを開くこと  洋服のボタンをかけること  ベルトの使用  
 箸を使うこと  フォークを使うこと  スプーンを使うこと  ナイフを使うこと  
 包丁が持ちづらくなった  リモコン操作が困難  コップや茶碗を落としやすくなった  
 ペットボトルのフタが開け辛い  椅子から立ち上がりにくい  階段がのぼりにくい  
 歩くとつまづいてしまった  その他 \_\_\_\_\_

6. 咳症状、息切れ、呼吸困難について

階段や坂をのぼるときに息切れをしましたか？

いいえ  ほとんどない  たまに  何回か  ほとんど毎回  毎回

空気を吸っても足りず、息苦しさを覚えることはありますか？

いいえ  ほとんどない  たまに  たいてい  ほとんどいつも  いつも

仕事やその他の日常生活に妨げになるような影響はありましたか？

いいえ  ほとんどない  たまに  たいてい  ほとんどいつも  いつも

7. 皮膚症状について

肌の乾燥はありますか？ある場合はひどいときでどの程度の症状がありますか？

いいえ  軽度  中等度  高度  極めて高度

顔や胸に吹き出物やニキビはありますか？ある場合、ひどいときでどの程度の症状がありますか？

いいえ  軽度  中等度  高度  極めて高度

手足症候群の症状はありますか？ある場合はひどいときでどの程度の症状がありますか？

いいえ  軽度  中等度  高度  極めて高度

# 令和5年4月10日受診時

- ▶ 息切れしやすくなったと感じたのは、先週千葉に旅行に行ったときに鋸山に行って、上の階段を登ったら辛くなって。それで体力落ちたなって思ったんだ。
- ▶ 旅行中にお腹の痛みはあったけど、便秘薬を飲んだら楽になった。
- ▶ 痛みに関しては夜中寝ていて痛くないということは基本ない。夜中必ず痛みで起きる。先生からは鎮痛剤のベースの量が足りていないかもと言われている。
- ▶ 手は少し乾燥しているけど、ひび割れたりにはしていないし塗り薬はいいよ。
- ▶ 抜針後しばらくは食欲無くなるんだけど、前は抜針当日からお腹がすいて食事を摂ろうって気持ちになれたよ。

# さいごに・・・ フォローアップを行うタイミング

28日で1クールの治療の場合、

- ▶ 3～5日後
- ▶ 1週間後
- ▶ 2週間後
- ▶ 受診の2、3日前

ご清聴ありがとうございました。