



治療日誌



Tarceva



タルセバを服用される患者さんへ

はじめに

タルセバ(一般名:エルロチニブ塩酸塩)錠は、1日1回服用する膀胱がんを治療するためのお薬です。従来の細胞障害性抗がん剤とは異なる作用でがん細胞の増殖を抑えます。その効果は国内外の臨床試験で有効性が確認されています。一方、副作用としては、発疹、かゆみなどの皮膚の症状、下痢が多く現れます。また、重大な副作用として、「間質性肺疾患」が現れることがあるので服用中は十分な注意が必要です。副作用以外にも、あなた自身の状況を確認するために、この治療日誌を記入してください。

記入例

治療日誌の書き方

記入例に従って、毎日記入してください。

それぞれの症状について、当てはまる箇所に○をつけましょう。

月 / 日(曜日)	10/15(月)	10/16(火)	10/17(水)	10/18(木)	10/19(金)	10/20(土)	10/21(日)
タルセバ 服用量	1錠	1錠	1錠	1錠	1錠	1錠	1錠
タルセバ 錠剤の種類(mg)	100	100	100	100	100	100	100
ゲムシタピン注射	○						○
病院に行った日	○						○
体温(℃)	36.5	36.8	36.7	37.1	38.5	37.1	36.8
呼吸器の症状	息切れ 呼吸困難			○	○		
	咳				○		
消化器の症状	食欲不振			○	◎		
	吐き気 嘔吐						
	下痢				○		
	口内炎						
皮膚の症状	発疹 発赤						○
	かゆみ	○					○
	皮膚乾燥						○
その他	爪の変化	○					○
	疲労感 だるい						○
	眼の異常						○
全身状態(0~4)	0	0	0	1	2	2	2

〈記入の方法〉

- ◎: 症状が強い場合
- : 症状がある場合

〈全身状態の記入の目安〉

- 0: 症状はなく、日常生活への支障なし。
- 1: 軽度の症状はあるが、日常の活動は可能。
- 2: 多少の介助が必要な場合もあるが、
日中の半分以上は起き上がって身の回りのことができる。
- 3: 身の回りのことで介助が必要な場合がかなりあり、
日中の半分以上は横になっている。
- 4: 寝たきりで、いつも介助が必要。

メモ(気になること、医師に連絡したい内容をお書きください)

月 / 日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
タルセバ 服用量		錠	錠	錠	錠	錠	錠
タルセバ 錠剤の種類(mg)							
ゲムシタピン注射							
病院に行った日							
体 温 (°C)							
呼吸器の症状	息切れ 呼吸困難						
	咳						
消化器の症状	食欲不振						
	吐き気 嘔吐						
	下痢						
	口内炎						
皮膚の症状	発疹 発赤						
	かゆみ						
	皮膚乾燥						
	爪の変化						
その他	疲労感 だるい						
	眼の異常						
全身状態 (0~4)							

メモ(気になること、医師に連絡したい内容をお書きください)

月 / 日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
タルセバ 服用量		錠	錠	錠	錠	錠	錠
タルセバ 錠剤の種類(mg)							
ゲムシタピン注射							
病院に行った日							
体 温 (°C)							
呼吸器の症状	息切れ 呼吸困難						
	咳						
消化器の症状	食欲不振						
	吐き気 嘔吐						
	下痢						
	口内炎						
皮膚の症状	発疹 発赤						
	かゆみ						
	皮膚乾燥						
	爪の変化						
その他	疲労感 だるい						
	眼の異常						
全身状態 (0~4)							

メモ(気になること、医師に連絡したい内容をお書きください)

月 / 日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
タルセバ 服用量		錠	錠	錠	錠	錠	錠
タルセバ 錠剤の種類(mg)							
ゲムシタピン注射							
病院に行った日							
体 温 (°C)							
呼吸器の症状	息切れ 呼吸困難						
	咳						
消化器の症状	食欲不振						
	吐き気 嘔吐						
	下痢						
	口内炎						
皮膚の症状	発疹 発赤						
	かゆみ						
	皮膚乾燥						
	爪の変化						
その他	疲労感 だるい						
	眼の異常						
全身状態 (0~4)							

メモ(気になること、医師に連絡したい内容をお書きください)

月 / 日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
タルセバ 服用量		錠	錠	錠	錠	錠	錠
タルセバ 錠剤の種類(mg)							
ゲムシタピン注射							
病院に行った日							
体 温 (°C)							
呼吸器の症状	息切れ 呼吸困難						
	咳						
消化器の症状	食欲不振						
	吐き気 嘔吐						
	下痢						
	口内炎						
皮膚の症状	発疹 発赤						
	かゆみ						
	皮膚乾燥						
	爪の変化						
その他	疲労感 だるい						
	眼の異常						
全身状態 (0~4)							

メモ(気になること、医師に連絡したい内容をお書きください)

月 / 日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
タルセバ 服用量		錠	錠	錠	錠	錠	錠
タルセバ 錠剤の種類(mg)							
ゲムシタピン注射							
病院に行った日							
体 温 (°C)							
呼吸器の症状	息切れ 呼吸困難						
	咳						
消化器の症状	食欲不振						
	吐き気 嘔吐						
	下痢						
	口内炎						
皮膚の症状	発疹 発赤						
	かゆみ						
	皮膚乾燥						
	爪の変化						
その他	疲労感 だるい						
	眼の異常						
全身状態 (0~4)							

メモ(気になること、医師に連絡したい内容をお書きください)

月 / 日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
タルセバ 服用量		錠	錠	錠	錠	錠	錠
タルセバ 錠剤の種類(mg)							
ゲムシタピン注射							
病院に行った日							
体 温 (°C)							
呼吸器の症状	息切れ 呼吸困難						
	咳						
消化器の症状	食欲不振						
	吐き気 嘔吐						
	下痢						
	口内炎						
皮膚の症状	発疹 発赤						
	かゆみ						
	皮膚乾燥						
	爪の変化						
その他	疲労感 だるい						
	眼の異常						
全身状態 (0~4)							

メモ(気になること、医師に連絡したい内容をお書きください)

月 / 日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
タルセバ 服用量		錠	錠	錠	錠	錠	錠
タルセバ 錠剤の種類(mg)							
ゲムシタピン注射							
病院に行った日							
体 温 (℃)							
呼吸器の症状	息切れ 呼吸困難						
	咳						
消化器の症状	食欲不振						
	吐き気 嘔吐						
	下痢						
	口内炎						
皮膚の症状	発疹 発赤						
	かゆみ						
	皮膚乾燥						
	爪の変化						
その他	疲労感 だるい						
	眼の異常						
全身状態 (0~4)							

メモ(気になること、医師に連絡したい内容をお書きください)

月 / 日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
タルセバ 服用量		錠	錠	錠	錠	錠	錠
タルセバ 錠剤の種類(mg)							
ゲムシタピン注射							
病院に行った日							
体 温 (°C)							
呼吸器の症状	息切れ 呼吸困難						
	咳						
消化器の症状	食欲不振						
	吐き気 嘔吐						
	下痢						
	口内炎						
皮膚の症状	発疹 発赤						
	かゆみ						
	皮膚乾燥						
	爪の変化						
その他	疲労感 だるい						
	眼の異常						
全身状態 (0~4)							

メモ(気になること、医師に連絡したい内容をお書きください)

月 / 日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
タルセバ 服用量		錠	錠	錠	錠	錠	錠
タルセバ 錠剤の種類(mg)							
ゲムシタピン注射							
病院に行った日							
体 温 (°C)							
呼吸器の症状	息切れ 呼吸困難						
	咳						
消化器の症状	食欲不振						
	吐き気 嘔吐						
	下痢						
	口内炎						
皮膚の症状	発疹 発赤						
	かゆみ						
	皮膚乾燥						
	爪の変化						
その他	疲労感 だるい						
	眼の異常						
全身状態 (0~4)							
メモ(気になること、医師に連絡したい内容をお書きください)							

●医療機関名

●主治医名／緊急連絡先

●かかりつけ薬局名

●薬剤師名／緊急連絡先

