

## ゼローダ<sup>®</sup>錠 適正使用のためのチェックシート（初回用）

■患者氏名 \_\_\_\_\_

■生年月日：大・昭・平 年 月 日

■店舗名 \_\_\_\_\_

■薬剤師 \_\_\_\_\_

1. お薬手帳の確認

- お薬手帳を持参しているか？  持参あり  持参なし  
 持参している場合、必要な情報は記載されているか  記載あり  記載なし  
 記載されている場合、その項目は  
 身長  体重  血清クレアチニン値  副作用状況  レジメン  その他

2. 説明書の配布状況

- 病院から治療内容に関する説明書を配布されているか？  
 配布されている → 説明書の確認  確認可  確認不可  
 配布されていない  不明

3. 併用治療の確認

- 点滴抗がん薬を併用しているか？  
 併用している → 薬剤名の確認  確認可（薬剤名： \_\_\_\_\_）  
 併用していない  確認不可

4. 治療対象組織の確認（投与スケジュールの選択）

- どの治療であるか？  
 乳腺（  A法：21投7休 または  B法：14投7休 ）  
 結腸・直腸（  B法：14投7休 または  C法：14投7休 ）  
 直腸（放射線併用）（  D法：5投2休 ）  
 胃（  C法：14投7休 ）  
 処方投与スケジュールから逸脱していないか？  
 逸脱なし  逸脱あり → 疑義照会  
 実施（処方変更： あり  なし）  非実施

5. 投与スケジュールと1回用量（基準量）の確定

A法：21投7休

B法：14投7休

C法：14投7休

体表面積(m <sup>2</sup> )	1回用量(mg)
1.31未満	900
1.31以上1.64未満	1,200
1.64以上	1,500

体表面積(m <sup>2</sup> )	1回用量(mg)
1.33未満	1,500
1.33以上1.57未満	1,800
1.57以上1.81未満	2,100
1.81以上	2,400

体表面積(m <sup>2</sup> )	1回用量(mg)
1.36未満	1,200
1.36以上1.66未満	1,500
1.66以上1.96未満	1,800
1.96以上	2,100

D法：5投2休

体表面積(m <sup>2</sup> )	1回用量(mg)
1.31未満	900
1.31以上1.64未満	1,200
1.64以上	1,500

6. 体表面積 (DuBois 式) の算出と 1 回用量の決定

JCOG のウェブサイト (<http://www.jcog.jp/doctor/tool/calc.html>) にアクセスして計算

身長	cm	⇒	体表面積	m <sup>2</sup>	⇒	1回用量	mg	①
体重	kg							

7. 腎機能の評価と減量・休薬の判定

クレアチニクリアランス (Ccr) 推定値 (Cockcroft-Gault 式) の計算

$$\text{Ccr推定値 (mL/min)} = \frac{(140 - \text{年齢}) \times \text{体重(kg)}}{72 \times \text{血清クレアチニン値(mg/dL)}} = \text{mL/min}$$

(女性は × 0.85)

患者さんの腎機能は正常か？

腎機能は正常 ⇒ 減量不要 

1回用量	mg
------	----

腎機能障害あり  
参考：減量基準 (適正使用ガイドより)

Ccr値(mL/min)	減量等
51以上	減量不要
30-50	減量段階1
30未満	投与禁忌

①の用量	⇒	減量後の1回用量	②
mg		mg	

投与量 (1 回用量) は①または②を超過しないか

超過しない

超過している → 疑義照会 (上記の減量基準は参考情報であることを把握のこと)  
 実施 (処方変更:  あり  なし)  非実施

8. 併用禁忌薬の確認

テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤の服薬歴はあるか？

服薬歴なし

服薬歴あり  不明

服薬歴がある場合、いつまで服用していたか？

1 週間以上服用していない

中止後 1 週間以内または現在服用中 → 疑義照会

実施 (処方変更:  あり  なし)

非実施

過去に服用していた薬が家に残っていないか？

ない

ある → 服用しないように説明

9. 併用注意薬の確認

ワルファリン製剤は併用していないか？

併用なし

併用あり → ワルファリンの作用増強による出血症状が発現する可能性を説明し、症状が現れた場合は、速やかに医師に連絡するよう指導

不明

フェニトイン製剤は併用していないか？

併用なし

併用あり → フェニトインの作用増強により、中毒症状 (嘔気・嘔吐、眼振、運動障害) が発現する可能性を説明し、症状が現れた場合は速やかに医師に連絡するよう指導

不明

10. 手足症候群の予防薬処方の確認

保湿クリーム剤、V B<sub>6</sub> 製剤が処方されているか？ または OTC 等の使用が指示されているか？

処方または指示あり

処方・指示なし → 疑義照会

実施 (処方または指示の追加:  あり  なし)

非実施

記入後のシートはお手数ですが FAX 送信 (058-249-0011) をお願いします