

ゼローダ[®]錠 適正使用のためのチェックシート（継続用：乳腺）

■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 レジメン名 その他

2. 治療スケジュールの確認：乳腺

- A法：21投7休 B法：14投7休

体表面積(m ²)	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 ²)	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

3. 処方日数と休薬期間の確認

- 今回の処方日数は前回の処方と同じか？
 変更なし 変更あり
 処方日数は投与スケジュールの規程日数を超過しないか？
 超過しない 超過する → 疑義照会
 実施（処方変更： あり なし） 非実施
 最終服用日から適切な休薬期間が確保されているか？
 確保されている 確保されていない → 疑義照会
 実施（処方変更： あり なし） 非実施

4. 体重増減の確認

- 増減あり → 6へ 増減なし → 6へ

5. 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 ²	⇒	1回用量	mg	①
体重	kg							

6. 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

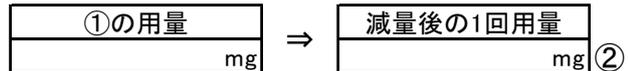
$$Ccr推定値(mL/min) = \frac{(140 - \text{年齢}) \times \text{体重(kg)}}{72 \times \text{血清クレアチニン値(mg/dL)}} = \text{ } mL/min$$

（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（外国人データに基づいた資料：適正使用ガイド）

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



今回の投与量（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

7. 併用禁忌薬の確認

前回の処方後にテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤の処方がないか

処方なし

処方あり → 疑義照会

実施（処方変更： あり なし） 非実施

8. 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

9. 手足症候群の予防薬処方の確認

保湿クリーム剤、VB₆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： あり なし） 非実施

10. 副作用（手足症候群、下痢、悪心、食欲低下、口内炎等）の評価と減量・休薬

A法：重篤な副作用（グレード3以上：表1、表2参照）が発現していないか？

（※手足症候群はグレード2以上を確認）

発現なし 発現あり → 疑義照会

実施（休薬： あり なし）

非実施

B法：グレード2以上（表1、表2参照）の副作用が発現していないか？

発現なし

前回の処方時に副作用による減量・休薬が行われていたか？

行われていない

行われていた → 図1、表3を参照

発現あり → 図1、表3を参照

今回の投与量は図1、表3の基準に照合して適正（基準範囲内）か？

適正である

適正でない → 疑義照会

実施（処方変更： あり なし） 非実施

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