

診療科	医師名			記載日	年 月 日
患者イニシャル	姓 () 名 ()	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
対 象	<input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 結腸・直腸癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 非小細胞肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 胆道癌 <input type="checkbox"/> その他 ()				

〈効能又は効果に関連する注意〉

〈頭頸部癌〉
5.1 術後補助療法として、本剤の有効性及び安全性は確立していない。
〈非小細胞肺癌〉
5.2 術前・術後補助療法として、本剤の有効性及び安全性は確立していない。
〈ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法〉
5.3 術前薬物療法として、本剤の有効性及び安全性は確立していない。
5.4 臨床試験に組み入れられた患者の再発高リスクの定義等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.4参照]

前治療の確認

前治療の有無 なし あり → 前治療終了日： 年 月 日 終了（治療内容： ）

併用禁忌薬の確認

他のフッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤
フルオロウラシル、テガフル・ウラシル配合剤、テガフル、ドキシフルリジン、カベシタピン
ホリナート・テガフル・ウラシル療法、レボホリナート・フルオロウラシル療法
フッ化ピリミジン系抗真菌剤
フルシトシン

なし あり →

投与終了後7日以上経過していますか
 併用禁忌薬剤があることを患者に説明していますか
 残薬の所持を確認しましたか
↓
 残薬所持の場合は併用しないよう説明しましたか

投与に際して

「服用のてびき」を渡し、説明した はい 同意 あり（ 本人、 家族） 年 月 日

投与開始予定日 年 月 日 投与開始時の入院外来区分 入院 外来

身長 () cm 体重 () kg 体表面積 () m²

体表面積	1日投与量	調節	投与開始量
<input type="checkbox"/> 1.25m ² 未満	<input type="checkbox"/> 80 mg/日、分2	→ クレアチニン クリアランスを考慮	() mg/日、分2
<input type="checkbox"/> 1.25m ² 以上～1.5m ² 未満	<input type="checkbox"/> 100 mg/日、分2		
<input type="checkbox"/> 1.5m ² 以上	<input type="checkbox"/> 120 mg/日、分2		

禁忌

次の項目に全てチェックがある場合のみ投与可能です

いいえ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴のある患者 いいえ 他のフッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、これらの薬剤との併用療法（ホリナート・テガフル・ウラシル療法等）投与中の患者、あるいは投与終了7日以内の患者
 いいえ 重篤な骨髄抑制のある患者 いいえ 重篤な腎障害のある患者、あるいは投与終了7日以内の患者
 いいえ 重篤な腎障害のある患者 いいえ 妊婦または妊娠している可能性のある婦人
 いいえ 重篤な肝障害のある患者

慎重投与

「はい」にチェックがある場合は慎重投与です。
慎重投与に該当する場合は、患者さんの状態を十分観察しながら頻回の臨床検査を実施し、慎重に投与して下さい。

<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 骨髄抑制のある患者	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 間質性肺炎又はその既往歴のある患者
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 腎障害のある患者	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 心疾患又はその既往歴のある患者
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 肝障害のある患者	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 消化管潰瘍又は出血のある患者
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 感染症を合併している患者	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 高齢者
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 耐糖能異常のある患者	

適正使用の目安

実測値をご記入の上、該当する範囲の□に✓点でチェックして下さい。
（慎重投与に該当する場合は、適正使用基準に回復するまで投与を延期することが望ましく、本剤の投与を必要とする場合には頻回に検査し、慎重に観察しながら投与して下さい。）
（臨床検査実施日 年 月 日）

ULN：（施設）基準値上限

検査項目	実測値	適正使用基準	慎重投与*
Performance Status (PS)	()	<input type="checkbox"/> PS 0~2	<input type="checkbox"/> PS 3
膀胱癌、胆道癌 Performance Status (PS) あるいは Karnofsky Performance Status (KPS)	()	<input type="checkbox"/> PS 0 <input type="checkbox"/> KPS 90~100%	<input type="checkbox"/> PS 1~3 <input type="checkbox"/> KPS 30~80%
骨髄機能	ヘモグロビン(g/dL)	() g/dL	<input type="checkbox"/> 9.0以上 <input type="checkbox"/> 8.0~9.0未満
	白血球数 (/mm ³)	() /mm ³	<input type="checkbox"/> 3500~12000 <input type="checkbox"/> 2000~3500未満、12000以上
	好中球数 (/mm ³)	() /mm ³ () %	<input type="checkbox"/> 2000以上 <input type="checkbox"/> 1000~2000未満
	血小板数 (/mm ³)	() /mm ³	<input type="checkbox"/> 10万以上 <input type="checkbox"/> 7.5万~10万未満
肝機能	総ビリルビン(mg/dL)	() mg/dL	<input type="checkbox"/> ULN×1.5倍以内 <input type="checkbox"/> ULNの1.5倍を超えて3mg/dL未満
	AST(IU/L) ALT(IU/L)	() IU/L () IU/L	<input type="checkbox"/> ULN×2.5倍以内 <input type="checkbox"/> ULNの2.5倍を超えて150IU/L未満
	クレアチンクリアランス (mL/min)	<input type="checkbox"/> 実測値 () mL/min <input type="checkbox"/> 推定値 () mL/min	<input type="checkbox"/> 80以上 <input type="checkbox"/> 80 > ≥60 <input type="checkbox"/> 60 > ≥30
腎機能	投与開始量	<input type="checkbox"/> 初回基準量	<input type="checkbox"/> 初回基準量 (必要に応じて1段階減量#) <input type="checkbox"/> 原則として1段階以上の減量#(30~40未満は2段階減量#が望ましい)

*適正使用基準に回復するまで投与延期することが望ましく、本剤の投与を必要とする場合には頻回に検査し、慎重に観察しながら投与して下さい。

#：ティーエスワンの承認治験においては、最低投与量は40mg/回としておりました。

注：重篤な骨髄抑制のある患者、重篤な腎障害のある患者、重篤な肝障害のある患者には投与しないで下さい。

投与開始量は、クレアチンクリアランス（実測値あるいは推定値）だけで定まるものではなく、患者の状態によっては80mL/min以上の症例であっても減量が必要な場合もあります。

クレアチンクリアランス実測値がない場合は、クレアチンクリアランス推定値を用いて下さい。

$$\text{クレアチンクリアランス推定値 (mL/min)} = \frac{(140 - \text{年齢}) \times \text{体重 (kg)}}{72 \times \text{血清クレアチニン値 (mg/dL)}} \quad (\text{女性の場合はさらに得られた値を} 0.85 \text{倍にする})$$

投与不可
クレアチンクリアランス
30mL/min未満