



## 【S-1+DTX 療法について】 (S-1+ドセタキセル)



😊 **お薬の名前と治療のスケジュール** (副作用の状況を考慮して、抗がん剤の影響が強く残っていると考えられる場合は、次回の治療開始を延期することがあります。)

| 薬の名前                | 作用      | めやすの時間 | 1日目 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|---------------------|---------|--------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| S-1錠<br>(エヌケーエスワン)  | 抗がん剤です  | 朝・夕 内服 | ○   | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |    |    |    |    |    |    |
| デキサメタゾン注<br>(デキサート) | 吐き気止めです | 30分    | 💉   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ドセタキセル注             | 抗がん剤です  | 1時間    | 💉   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 生理食塩液               |         | 15分    | 💉   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |



この週は  
お休みです。

## 😊 治療による副作用

: 注意が必要な時期

|      | 1日目             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 自覚症状 | 過敏症             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|      | 食欲不振・吐き気        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|      | 皮疹              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|      | 下痢              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|      | 口内炎             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|      | 筋肉痛・関節痛         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|      | 色素沈着            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|      | 手足のしびれ          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|      | 脱毛(頭髮・まつ毛・眉毛など) |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 検査値  | 白血球減少           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|      | 赤血球減少(貧血)       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|      | 血小板減少           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

手や足のむくみ(治療回数が増えると生じることがあります。気になる症状がありましたらお知らせ下さい。)

爪の変化(爪の変色、爪の周囲が赤くなったり痛いなどの症状がありましたらお知らせ下さい。)



- \* 注射の針を刺している部分に違和感や浮腫、痛みなどがありましたら、すぐにお知らせください。
- \* 上の表は治療のスケジュールや副作用が出やすい時期の目安を示したものです。必ずこの通りになるとは限りません。
- \* それぞれの副作用に対して、必要に応じてお薬を使うこともあります。
- \* 何か気になる症状が出たり、お聞きになりたいことなどありましたら、気軽に医師・看護師・薬剤師にお尋ねください。

実際の投与スケジュールと異なる場合があります。本資料は参考としてお使い下さい。  
名古屋市立西部医療センター薬剤科(代表)052-991-8121