

# 化学療法に関する同意書

## 【療法名】

BEV+Capecitabine療法

## 【疾患名】

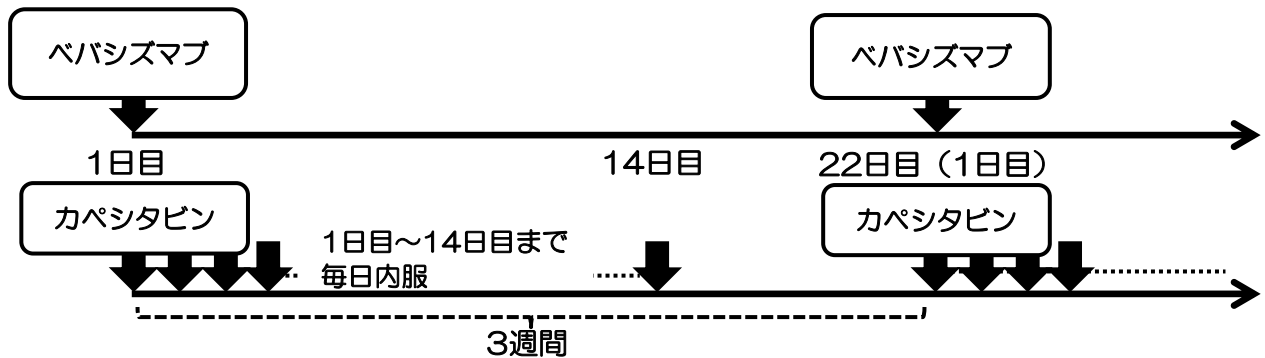
大腸がん

## 【投与薬剤及び投与量】

| 薬剤名          | 投与量               |
|--------------|-------------------|
| ベバシズマブ (BEV) | 7.5mg/kg          |
| カペシタビン       | 2400mg~4200mg/day |

## 【投与方法】

3週間を1サイクルとして、繰り返します



## 【予想される副作用】

出血  
 口内炎  
 血圧上昇  
 創傷治癒遅延  
 血栓・塞栓症  
 倦怠感  
 食欲不振、吐き気、嘔吐  
 発熱  
 下痢、腸炎、便秘  
 色素沈着  
 手足症候群  
 肝機能障害、腎機能障害

Infusion reaction (発熱、悪寒、頭痛、吐き気、咳、めまい、虚脱感、皮疹、血管浮腫など)  
 骨髄機能抑制: 白血球減少 (好中球減少)、血小板減少、貧血  
 消化管穿孔 (下痢や腹痛が続く、激しい腹痛など)

## 化学療法同意書

私はこの度、化学療法を受けて頂くにあたり、「化学療法に関する同意書」に基づいて、

1. 投与薬剤名及び投与量
2. 投与方法
3. 予想される副作用

などについて説明を行いました。

西暦 年 月 日

地方独立行政法人 筑後市立病院

&tagPatOrdDocDept&

医師

&tagPatOrdDoc&

私は、化学療法を

希望します

希望しません

今回私は、化学療法の必要性及びその内容、予想される副作用等について、上記の如く十分な説明を受け、理解できましたのでその実施について同意します。

西暦 年 月 日

患者氏名 :

親族または理解補助者 :

## 化学療法同意書

私はこの度、化学療法を受けて頂くにあたり、「化学療法に関する同意書」に基づいて、

- 投与薬剤名及び投与量
- 投与方法
- 予想される副作用

などについて説明を行いました。

西暦 年 月 日

地方独立行政法人 筑後市立病院

&tagPatOrdDocDept&

医師

&tagPatOrdDoc&

私は、化学療法を

希望します

希望しません

今回私は、化学療法の必要性及びその内容、予想される副作用等について、上記の如く十分な説明を受け、理解できましたのでその実施について同意します。

西暦 年 月 日

患者氏名 :

親族または理解補助者 :