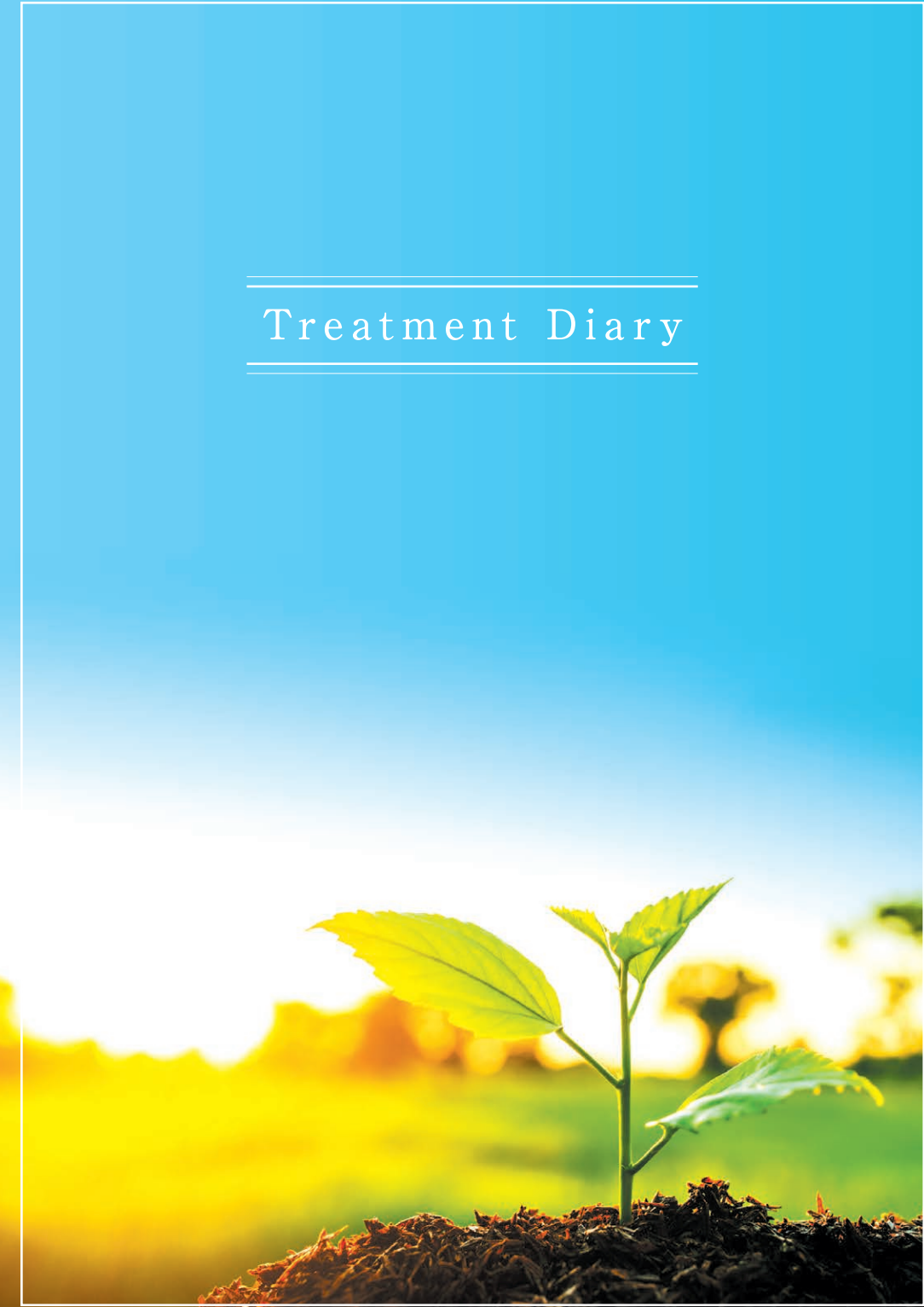


あてはまる症状がある場合は、該当する程度を番号で記載しましょう。
どの番号に当てはまるか分からない場合は
チェックするだけでも大丈夫です。

	空欄	1	2	3
疲労や倦怠感	なし	休めば回復する疲労・倦怠感がある	日常生活に不自由を感じる	日常生活に支障がある
悪心	なし	食欲がない	食事量の減少	食事量の不足
嘔吐	なし	数回だけ吐いた	頻繁に何回か吐いた	食事したものをほとんど吐いてしまった
食欲低下	なし	食欲がない	食事量が減り、栄養剤を飲んだ	顕著な体重減少または栄養失調があり、点滴治療をした
口内炎	なし	少しあるが治療は必要ない	痛みがあり、食事内容を変更した	痛みが強くあまり食事がとれない
便秘	なし	便秘薬や浣腸を使用した	定期的に便秘薬や浣腸を使用した	摘便をした
下痢	なし	普段と比べて3回以内の排便回数の増加	普段と比べて4～6回の排便回数の増加	普段と比べて7回以上の排便回数の増加
手足のしびれ	なし	手足の動きに違和感がある	しびれがあり自分の身の回りのことはできるが、家事や日常生活が不自由である	重度のしびれがあり自分の身の回りのこともできず、日常生活が不自由である

Treatment Diary





ベバシズマブBS「アムジェン」による
治療を受けられる患者さんのための

治療日誌

Contents

はじめに	5
治療を続けるために	6
治療日誌の使い方	7
治療日誌の記入の仕方	8
治療日誌	10
ベバシズマブBSによる治療で 起こりうる副作用症状	24
ベバシズマブBSの治療中に 医師、看護師、薬剤師に相談すべき 副作用症状	25
あなたについて	26
連絡先など	27

はじめに

ベバシズマブBS「アムジェン」(以下、ベバシズマブBS)によるがんの治療をうける際に、患者さんやご家族の方に特に注意していただきたい点として、お薬による副作用があります。副作用があらわれた時には早めに対応することが大切です。

副作用を見つけるためには、体調や状態の変化の把握が必要です。

本冊子は、患者さんの日々のからだの状態を記録していただくための冊子です。

ご自身の状態を理解して日々過ごしていただくことが、最良の治療につながります。

治療を始める際だけでなく、治療を始めてからも、気になることや不安に思うことがありましたら、遠慮せずに担当医師や看護師、薬剤師などの医療スタッフにご相談ください。

医療法人社団 翠明会 山王病院 腫瘍内科・呼吸器内科 部長

滝口 裕一

治療を続けるために

治療中は、特に体調の変化に注意が必要です。

体調や生活での変化など、普段と違うと感じたことは本冊子の治療日誌などに記録しましょう。受診時に持参することで、担当医師が患者さんの様子を確認することができます。ただし、普段と違う症状が激しくあらわれた場合などは、すぐ担当医師や看護師、薬剤師にお知らせください。

また、日常生活では、規則正しい食事や無理のない範囲での運動を心がけましょう。ただし、疲れを感じたら休憩することも重要です。

治療を続けるために、ご自身の体調をきちんと把握しながら、日常生活を送ることが大切です。

治療日誌の使い方

治療を始めてから、普段と違うことなどがあったら、本冊子の治療日誌に記入しましょう。記入した冊子は、受診時に持参してください。ご自身のからだの状態を記録しておくことで、副作用を早くみつけれられる可能性があります。

また、担当医師が治療計画をたてるうえでも役立つ情報となります。

日々の記録をつけることは、ご自身で体調を把握する際にも役立ちます。



治療日誌の記入の仕方

はじめてペバシズマブの点滴をうけた日を記入しましょう。(最初のページのみ)

投与した日を
チェックしましょう。

コース、週数を
記入しましょう。

はじめてペバシズマブの点滴をうけた日 年 月 日		()コース目 第()週			()コース目 第()週		
月/日	5 / 1	5 / 2	5 / 3	/	/	/	/
抗がん剤の投与	✓						
体温(℃)	36.5	36.2	36.5				
体重(kg)	73.1	72.5	72.7				
血圧(mmHg)	最大	130	127	131			
	最小	76	75	77			
脈拍(回/分)	72	80	76				
疲労や倦怠感	1	2	1				
悪心	1		1				
嘔吐			1				
食欲低下	1		1				
口内炎	1	1					
便秘							
下痢							
手足のしびれ							
痛み(場所を書いてください)							
むくみ		✓					
息切れや咳など	✓						
動悸や脈拍の異常							
乾燥・ひび割れ		✓					
発疹							
水疱			✓				
頭痛やめまいフラフラ	✓		✓				
血痰、鼻血、血便などの出血		✓					
その他の気になる症状							

測定した数字を
書き込みましょう。

巻末のリストを参考に、
該当する症状の程度を空欄、
もしくは番号(1~3)で記入しましょう。

該当する症状がある場合は
チェックしましょう。

巻末のリストを外側へ開く、または内側へ折ると、
症状の程度を見ながら記入できます。



あてはまる症状がある場合は、該当する程度を番号で記載しましょう。
どの番号に当てはまるか分からない場合は
チェックするだけでも大丈夫です。

	空欄	1	2	3
疲労や倦怠感	なし	休めば回復する 疲労・倦怠感がある	日常生活に不自由 を感じる	日常生活に支障が ある
悪心	なし	食欲がない	食事量の減少	食事量の不足
嘔吐	なし	数回だけ吐いた	頻繁に何回か吐い た	食事したものをほ とんど吐いてし まった
食欲低下	なし	食欲がない	食事量が減り、栄 養剤を飲んだ	顕著な体重減少ま たは栄養失調があ り、点滴治療をし た
口内炎	なし	少しあるが治療は 必要ない	痛みがあり、食事 内容を変更した	痛みが強くあまり 食事がとれない
便秘	なし	便秘薬や浣腸を使 用した	定期的 に便秘薬 や浣腸を使用した	排便をした
下痢	なし	普段と比べて3回 以上の排便回数 の増加	普段と比べて4~6 回の排便回数 の増加	普段と比べて7回 以上の排便回数 の増加
手足のしびれ	なし	手足の動きに違和 感がある	しびれがあり自分 の身の回りのこと はできるが、家事 や日常生活が不自 由である	重度のしびれがあ り自分の身の回 りのこともできず、日 常生活が不自由で ある

メモ：気になることや、担当医師・医療スタッフに伝えたいこと

月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
抗がん剤の投与														
体温(℃)														
体重(kg)														
血圧(mmHg)	最大													
	最小													
脈拍(回/分)														
疲労や倦怠感														
悪心														
嘔吐														
食欲低下														
口内炎														
便秘														
下痢														
手足のしびれ														
痛み(場所を書いてください)														
むくみ														
息切れや咳など														
動悸や脈拍の異常														
乾燥・ひび割れ														
発疹														
水疱														
頭痛やめまい・フラフラ														
血痰、鼻血、血便などの出血														
その他の気になる症状														

月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
抗がん剤の投与														
体温(℃)														
体重(kg)														
血圧(mmHg)	最大													
	最小													
脈拍(回/分)														
疲労や倦怠感														
悪心														
嘔吐														
食欲低下														
口内炎														
便秘														
下痢														
手足のしびれ														
痛み(場所を書いてください)														
むくみ														
息切れや咳など														
動悸や脈拍の異常														
乾燥・ひび割れ														
発疹														
水疱														
頭痛やめまい・フラフラ														
血痰、鼻血、血便などの出血														
その他の気になる症状														

月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
抗がん剤の投与														
体温(℃)														
体重(kg)														
血圧(mmHg)	最大													
	最小													
脈拍(回/分)														
疲労や倦怠感														
悪心														
嘔吐														
食欲低下														
口内炎														
便秘														
下痢														
手足のしびれ														
痛み(場所を書いてください)														
むくみ														
息切れや咳など														
動悸や脈拍の異常														
乾燥・ひび割れ														
発疹														
水疱														
頭痛やめまい・フラフラ														
血痰、鼻血、血便などの出血														
その他の気になる症状														

月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
抗がん剤の投与														
体温(℃)														
体重(kg)														
血圧(mmHg)	最大													
	最小													
脈拍(回/分)														
疲労や倦怠感														
悪心														
嘔吐														
食欲低下														
口内炎														
便秘														
下痢														
手足のしびれ														
痛み(場所を書いてください)														
むくみ														
息切れや咳など														
動悸や脈拍の異常														
乾燥・ひび割れ														
発疹														
水疱														
頭痛やめまい・フラフラ														
血痰、鼻血、血便などの出血														
その他の気になる症状														

月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
抗がん剤の投与														
体温(℃)														
体重(kg)														
血圧(mmHg)	最大													
	最小													
脈拍(回/分)														
疲労や倦怠感														
悪心														
嘔吐														
食欲低下														
口内炎														
便秘														
下痢														
手足のしびれ														
痛み(場所を書いてください)														
むくみ														
息切れや咳など														
動悸や脈拍の異常														
乾燥・ひび割れ														
発疹														
水疱														
頭痛やめまい・フラフラ														
血痰、鼻血、血便などの出血														
その他の気になる症状														

月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
抗がん剤の投与														
体温(℃)														
体重(kg)														
血圧(mmHg)	最大													
	最小													
脈拍(回/分)														
疲労や倦怠感														
悪心														
嘔吐														
食欲低下														
口内炎														
便秘														
下痢														
手足のしびれ														
痛み(場所を書いてください)														
むくみ														
息切れや咳など														
動悸や脈拍の異常														
乾燥・ひび割れ														
発疹														
水疱														
頭痛やめまい・フラフラ														
血痰、鼻血、血便などの出血														
その他の気になる症状														

月/日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
抗がん剤の投与														
体温(℃)														
体重(kg)														
血圧(mmHg)	最大													
	最小													
脈拍(回/分)														
疲労や倦怠感														
悪心														
嘔吐														
食欲低下														
口内炎														
便秘														
下痢														
手足のしびれ														
痛み(場所を書いてください)														
むくみ														
息切れや咳など														
動悸や脈拍の異常														
乾燥・ひび割れ														
発疹														
水疱														
頭痛やめまい・フラフラ														
血痰、鼻血、血便などの出血														
その他の気になる症状														

ベバシズマブBSによる治療で 起こりうる副作用症状

消化器に関する症状

嘔吐、食欲不振、口内炎、
便秘、下痢、腹痛など



手足に関する症状

手足のしびれ、手足の痛み・腫れ、
手足のひび割れ・水疱、
爪の変色・変形など



出血に関する症状

鼻血、血痰、
血便・下血など



その他の症状

発熱、血圧の異常、頭痛、めまい・フラフラする、
咳、息切れ、喉の違和感、動悸、胸の痛み、
脈拍の異常、かゆみ、発疹、脱毛、むくみ、
寒気、倦怠感など



ベバシズマブBSの治療中に医師、看護師、 薬剤師に相談すべき副作用症状

ベバシズマブBSの治療中に以下のような症状があらわれたら、
すぐに医師、看護師、薬剤師にお知らせください。

- ☐ 激しい腹痛 ☐ 意識がなくなる ☐ ろれつが回らない
- ☐ まひがでる ☐ めまいがする
- ☐ 血圧が高くなった（※安静時に繰り返し測定して、最大血圧が180mmHg、
最小血圧が120mmHgを超えた場合はすぐに連絡してください。）
- ☐ 激しい頭痛 ☐ 気分が悪い・吐き気がする
- ☐ けいれんがある
- ☐ 胸が痛い、締め付けられるような感じがする
- ☐ 足のむくみ、痛みがある ☐ 突然息切れがする
- ☐ 口から血を吐く ☐ 血便が出る
- ☐ 傷口がひらく、傷口から出血する
- ☐ 鼻血が出る（※鼻を指でつまんで圧迫してから10～15分たっても血が止まら
ない場合はすぐに連絡してください。）
- ☐ 歯ぐき、膣などから出血する

いつもと違うと気づくことがあったら
担当医師に連絡をしましょう。



あなたについて

記入年月日： 年 月 日

はじめてベバシズマブの点滴をうけた日： 年 月 日

名前	
生年月日	
年齢	
身長	
体重	
血液型	
アレルギー	
これまでに かかった病気	
治療中の 他の病気	

連絡先など

緊急連絡先（医療機関）

医療機関名		
電話番号（日中）		
（夜間）		
（休日）		
担当医師名	科	先生

緊急連絡先（自宅・家族）

自宅電話番号	
携帯電話番号	
家族の電話番号 （名前 ）	
（名前 ）	
（名前 ）	

ベバシズマブBS「アムジェン」 緊急連絡先カード

緊急時に必要となる情報を記入し、
外出時は、このカードを携帯するように
心がけましょう。

▼ 切り取ってご使用ください。

ベバシズマブBS「アムジェン」緊急連絡先カード

名前	
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日生 男・女
住所	
電話番号	



このカードの所持者が意思表示できない場合は、
救急隊にこのカードをお渡しください。

折り線 ▶

治療を受けている 医療機関名	
担当医師名	
診察券番号	
その他の 連絡先	名前 続柄 電話番号

私は、抗悪性腫瘍剤**ベバシズマブBS「アムジェン」**による治療を受けています

救急外来担当の先生へ

緊急対応が必要な副作用として、まれに次のような症状が発現することがあります。症状がみられた場合には適切な医療機関での処置と主治医への連絡をお願いします。

緊急対応を要する副作用と初期症状

●消化管穿孔 -----

●腫瘍関連出血を含む

- 消化管出血 -----

- 脳出血 -----

●喀血 -----

●血栓塞栓症

- 脳梗塞 -----

- 心筋梗塞、狭心症 -----

- 肺塞栓症 -----

- 深部静脈血栓症 -----

●高血圧に伴う緊急症

- 高血圧性脳症 -----

突然起こる強い腹痛

吐血、下血

突発性の意識障害、神経症状、頭痛

継続的かつ増加傾向を認める血痰

もしくは口腔からの出血

突発性の意識障害、神経症状

胸痛（胸部圧迫痛）

呼吸困難、胸痛、意識障害

下肢の腫脹、疼痛、色調変化

頭痛、悪心・嘔吐、痙攣など

◀ 折り線

AMGEN

あてはまる症状がある場合は、該当する程度を番号で記載しましょう。
どの番号に当てはまるか分からない場合は
チェックするだけでも大丈夫です。

	空欄	1	2	3
疲労や倦怠感	なし	休めば回復する疲労・倦怠感がある	日常生活に不自由を感じる	日常生活に支障がある
悪心	なし	食欲がない	食事量の減少	食事量の不足
嘔吐	なし	数回だけ吐いた	頻繁に何回か吐いた	食事したものをほとんど吐いてしまった
食欲低下	なし	食欲がない	食事量が減り、栄養剤を飲んだ	顕著な体重減少または栄養失調があり、点滴治療をした
口内炎	なし	少しあるが治療は必要ない	痛みがあり、食事内容を変更した	痛みが強くあまり食事がとれない
便秘	なし	便秘薬や浣腸を使用した	定期的に便秘薬や浣腸を使用した	排便をした
下痢	なし	普段と比べて3回以内の排便回数の増加	普段と比べて4～6回の排便回数の増加	普段と比べて7回以上の排便回数の増加
手足のしびれ	なし	手足の動きに違和感がある	しびれがあり自分の身の回りのことはできるが、家事や日常生活が不自由である	重度のしびれがあり自分の身の回りのこともできず、日常生活が不自由である

31

32