



18 11 07

- ・ 病名
- ・ 病状
- ・ 適応・目的
- ・ 治療方法・他の選択肢
- ・ 治療期間
- ・ 副作用・過発症                      急性障害・慢性障害・予期せぬ障害
- ・ その他（照射録作成の為の治療部位及び顔写真のデジタルカメラ撮影）
- ・ 付記：治療装置の不具合により来院頂いても治療出来ない場合があります  
その場合治療時間の変更や終了予定日を変更して振替などを行います

なお、ご同意いただかなくても、患者さんの不利になることはなく、その他の治療は最善を尽くします。また、同意を後日撤回することも出来ます。

(同席 看護師): \_\_\_\_\_ (自署)

同 席 者: \_\_\_\_\_ (自署)  
(説明を一緒に受けた方があればご署名ください)

ID  
患者氏名

## がん化学療法同意書

診断名	進行食道癌
プロトコール名	DOF療法

### がん化学療法について

上記診断に対して、抗がん剤の点滴注射をする化学療法を行います。プロトコールによっては、放射線療法を併用する場合があります。外来にて化学療法施行が可能な場合は、化学療法専用の点滴治療室を使用し、医師とともに専任の看護師・薬剤師が従事して治療を行います。

### 今回の治療の必要性

病勢をおさえるため

### 主な副作用

抗がん剤の副作用には、使用する薬剤により異なりますが、一般的に次のようなものがあります。

- 【骨髄抑制】 白血球減少(発熱)、貧血、血小板減少
- 【消化器症状】 嘔気、嘔吐、下痢など
- 【脱毛】
- 【肝機能障害】
- 【腎機能障害】
- 【アレルギー反応】

これらに加えて、投与する薬剤により特有の副作用が出現することがあります。

このような副作用が強い際には、医師の判断で治療を中断もしくは中止、外来化学療法の場合には入院加療が必要となることがあります。

ご不明な点があれば、医師・看護師・薬剤師にお尋ねください。また、体調の変化など気になる点があれば、必ずお知らせ下さい。

### 使用する抗がん剤名・用法・用量

別紙

外 科 医師 簡井麻衣

私は、がん化学療法について説明を受け、化学療法の具体的な内容・副作用などについて理解し、同意しました。

平塚市民病院長 様

(患者様署名)