

## イレッサ(250) ゲフィチニブ

[ ]

**入院・外来**

承認番号 NS - 020

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	イレッサ錠	250mg/body	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. EGFR遺伝子変異陽性例に限る 2. PPI、H2 <sup>7</sup> 阻害剤でAUC、Cmax低下、グレープフルーツジュース他 相互作用注意																	

## タルセバ(150) エルロチニブ

[ ]

**入院・外来**

承認番号 NS - 021

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	タルセバ錠	150mg/body	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 1st lineはEGFR遺伝子変異陽性例に限る 2. 食事の1時間以上前又は食後2時間以降 3. PPI、H2 <sup>7</sup> 阻害剤でAUC、Cmax低下、グレープフルーツジュース他 相互作用注意																	

## ジオトリフ(40) アファチニブ

[ ]

**入院・外来**

承認番号 NS - 037

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	ジオトリフ錠	40mg/body	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. EGFR遺伝子変異陽性例に限る 2. 食前1時間から食後3時間は投与を避ける																	

## タグリッソ(80) オシメルチニブ

[ ]

**入院・外来**

承認番号 NS - 041

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼外	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	タグリッソ錠	80mg/day	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input checked="" type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 2次治療以降に使用する際は、EGFR T790M変異陽性の手術不能または再発例に限る 2. 先行する根治的放射線療法後の維持療法として投与可																	

**ザーコリ(500) クリソチニブ** [ ] **入院・外来**

承認番号 NS - 033

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	ザーコリカプセル	500mg/day	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
				分2																	
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																					
[条件等]				1. ALK融合遺伝子またはROS1融合遺伝子陽性例に限る																	

**アレセンサ(600) アレクチニブ** [ ] **入院・外来**

承認番号 NS - 038

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	アレセンサカプセル	600mg/day	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
				分2																	
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																					
[条件等]				1. ALK融合遺伝子陽性例に限る																	

**ジカディア(450) セリチニブ** [ ] **入院・外来**

承認番号 NS - 042

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	ジカディアカプセル	450mg/body	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																					
[条件等]				1. ALK融合遺伝子陽性例に限る 2. 食後に服用する。 3. PPI、H2ブロッカーでAUC、Cmax低下、グレープフルーツジュース他 相互作用注意																	

**ローブレナ(100) ロルラチニブ** [ ] **入院・外来**

承認番号 NS - 049

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	ローブレナ錠	100mg/body	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																					
[条件等]				1. ALK融合遺伝子陽性例に限る。 2. リファンピシンは併用禁忌。 3. CYP3A阻害剤・誘導剤、グレープフルーツジュース他 相互作用注意																	

**アルンブリグ(90mg, 180mg)** [ ] **入院・外来**

承認番号 NS - 074

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	アルンブリグ	90mg/日	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓											
				7日目まで																	
2	アルンブリグ	180mg/日	PO								↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
				8日目以降																	
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																					
[条件等]				1. ALK融合遺伝子変異陽性例に限る 2. 服用開始から7日目までは90mgで投与、8日目以降は180mgで投与 3. 規格は30mgと90mgがある 4. 強い又は中程度のCYP3A阻害剤および誘導剤との併用注意																	

## タフィンラー・メキニスト

[ ]

**入院・外来**

承認番号 NS - 047

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	タフィンラーカプセル	150mg×2回/日	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
2	メキニスト錠	2mg×1回/日	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. BRAF遺伝子変異陽性例に限る 2. 食前1時間及び食後2時間以内の服用は避ける 3. タフィンラーとメキニストは必ず併用する																	

## ビジンプロ(45)

タコミチニブ

[ ]

**入院・外来**

承認番号 NS - 059

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	ビジンプロ	45mg/body	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. CYP2D6阻害作用を示す。 2. EGFR遺伝子変異陽性例に限る																	

## テプミトコ(500)

テポチニブ

[ ]

**入院・外来**

承認番号 NS - 065

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	テプミトコ	500mg/day	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. P-gpの基質となる薬剤と併用注意(ダビガドラン、シゴキシン、フェキソフェナジンなど)。 2. MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性に限る    3 食後投与																	

## ロズリートレク(600)

エヌトレクチニブ

[ ]

**入院・外来**

承認番号 NS - 067

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	ロズリートレク	600mg/day	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. CYP3A阻害剤、CYP誘導剤、CYP3Aの基質となる薬剤との併用に注意 2. ROS1およびNTRK融合遺伝子陽性例に限る																	

## タブレクタ(800)

カブマチニブ

[ ]

**入院・外来**

承認番号 NS - 068

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
1	タブレクタ	800mg/day	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 強力な又は中等度のCYP3A4誘導剤、強力なCYP3A阻害剤、CYP1A2の基質となる薬剤、P-gpの基質となる薬剤、BCRPの基質となる薬剤との相互作用に注意 2. 胃内pHを上昇させる薬剤(PPI)との併用は可能な限り避ける 3. MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性に限る																	

**レットヴィモ(320)** セルベルカチニブ [ ] **入院・外来**

適応疾患		非小細胞肺癌	申請	呼内	承認番号													NS - 079				
抗がん剤/輸液		投与量	投与方法/時間		投与スケジュール																	
1	レットヴィモ	320mg/day	PO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
					↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:					[条件等] 1. RET融合遺伝子変異陽性例に限る 2. 服用開始後、12日程度で発症する可能性のある過敏症関連事象に注意。 3. 主にCYP3A4で代謝され、CYP2C8および3Aの阻害作用を示す。 特に患者向け冊子に以下の記載あり PPI：併用時、PPIとレットヴィモは <b>食後</b> に服用する。 H <sub>2</sub> ブロッカー：H <sub>2</sub> ブロッカーはレットヴィモ服用の <b>2時間後</b> に服用する。H <sub>2</sub> ブロッカーを服用後は <b>10時間</b> あけてから次のレットヴィモを服用する。 制酸剤：制酸剤の服用 <b>前後2時間</b> の間隔をあけて、レットヴィモを服用する。																	

**ルマケラス(960)** ソトラシブ [ ] **入院・外来**

適応疾患		非小細胞肺癌	申請	呼内	承認番号													NS - 080				
抗がん剤/輸液		投与量	投与方法/時間		投与スケジュール																	
1	ルマケラス	960mg/day	PO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
					↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:					[条件等] 1. 2次治療以降のKRAS G12C変異陽性に限る 2. 胃内pHを上昇させる薬剤 (PPI) との併用は可能な限り避ける 3. CYP3A誘導剤、CYP3Aの基質となる薬剤、P-gpの基質となる薬剤との相互作用に注意																	

**タグリッソ (80) adjuvant** [ ] **入院・外来**

適応疾患		非小細胞肺癌	申請	呼外	承認番号													NS - 082				
抗がん剤/輸液		投与量	投与方法/時間		投与スケジュール																	
1	タグリッソ錠	80mg/day	PO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
					↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:					[条件等] 1. EGFR遺伝子変異陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法に限る 2. 最大36ヵ月 (3年) まで																	

**アレセンサ(1200) adjuvant** [ ] **入院・外来**

適応疾患		非小細胞肺癌	申請	呼外	承認番号													NS - 099				
抗がん剤/輸液		投与量	投与方法/時間		投与スケジュール																	
1	アレセンサカプセル	1200mg/day	PO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	~	
					↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	~
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:					[条件等] 1. ALK融合遺伝子陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法に限る 2. 最大24ヵ月 (2年) まで 3. 食後に投与																	

# ハイータータン (300)

[ ]

**入院・外来**

承認番号		NS - 100	
適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼外
投与スケジュール			
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 ~
1	ハイータータン 300mg/day	PO	↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ~
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:			
[条件等] 1. MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に限る 2. 空腹時に投与する			

# オータイロ(160mg, 320mg)

[ ]

**入院・外来**

承認番号		NS - 102	
適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内
投与スケジュール			
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 ~
1	オータイロ 160mg/day	PO 1日1回	↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
	14日目まで		
2	オータイロ 320mg/day	PO 1日2回	↓↓ ↓ ↓ ↓ ~
	15日目以降		
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:			
[条件等] 1. ROS1融合遺伝子変異陽性例に限る 2. 服用開始から14日目までは160mg/dayで投与、15日目以降は320 mg/dayで投与			