

ID:	=患者情報!B1			(UFT + ユーゼル) 療法				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2		殿						
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	入院/外来		入力日	年	月	日
疾患名						開始日	年	月	日
クール	4	週	投与	1	週	休薬	診療科		
	備考					医師名			
重要	B型肝炎の再活性化 (de novo B型肝炎) 対策として、右記の検査が未実施の場合は、全例スクリーニング対象となります。化学療法開始前or初回投与時に測定して下さい。							<input type="checkbox"/> HBs抗原	
	※詳細については、『化学療法により発生するB型肝炎対策～浦添総合病院バージョン～』をご参照下さい。							<input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体	
身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m ²	告知の有無
薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外	P S		
UFT 300	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	ユーゼル 75	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body				同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	
レジメン内容									
順番	医薬品名		投与量		投与部位		投与スケジュール		
①	ユーエフティー (UFT)			mg/3x	P.O 食事の前後1時間を避けて内服		1回		mg
②	ユーゼル錠 (25mg) [ロイコホリンCa]		75	mg/3x	P.O 食事の前後1時間を避けて内服		1回	25	mg
ユーゼル錠は、UFTと同時に経口投与する。 ※食事の前後1時間を避けて内服する。									
注意事項など									
併用禁忌・・・TS-1 (TS-1投与中及び中止後7日以内は投与しないこと)									
							確認者	監査者	