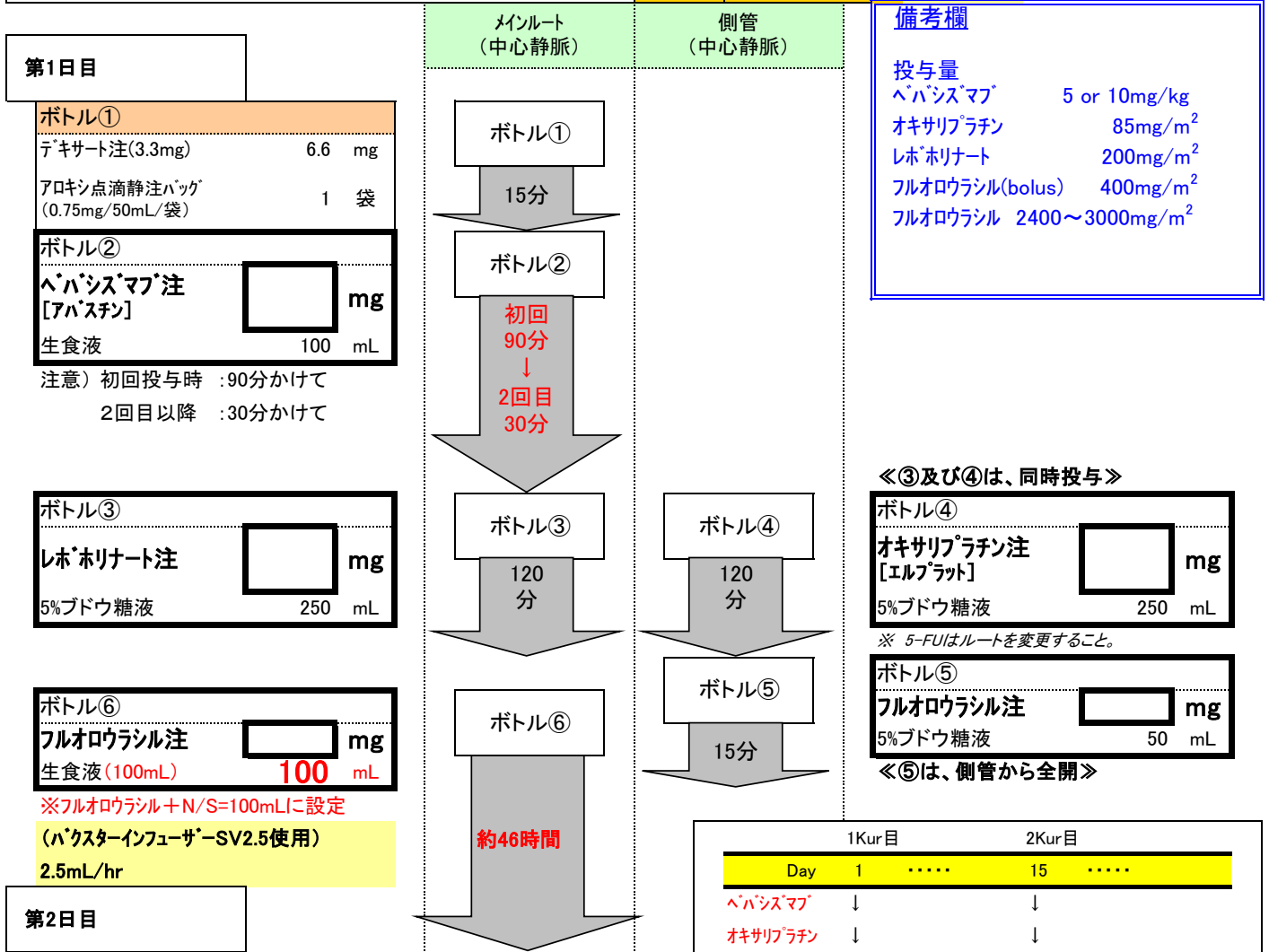


ID:	=患者情報!B1			(mFOLFOX6 + ヘバシズマブ) 療法				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2		殿						
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	入院/外来		入力日	年	月	日
疾患名					開始日	年	月	日	
クール	2週毎				診療科				
	備考				医師名				
重要	B型肝炎の再活性化(de novo B型肝炎)対策として、右記の検査が未実施の場合は、全例スクリーニング対象となります。化学療法開始前or初回投与時に測定して下さい。							<input type="checkbox"/> HBs抗原	
	※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	
<備考欄>						外来 化療 加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外	P S	同意書 取得→	<input type="checkbox"/> 済



	1Kur目	2Kur目
Day	1	15
ヘバシズマブ	↓	↓
オキサリプラチン	↓	↓
フルオロウラシル	↓	↓

Day 2 & 3 テカトロン錠(4mg) 2錠/2x(朝・昼食後)

注意事項など		
	確認者	監査者