

ID:	=患者情報!B1			( カペシタビン単独 ) 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	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。  
 HBs抗原  
 HBs抗体  
 HBc抗体  
 ※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。

適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降			告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済			
	<input type="checkbox"/> 術前	<input type="checkbox"/> 術後補助	<input checked="" type="checkbox"/> 進行	<input checked="" type="checkbox"/> 再発	身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00

薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算
ゼローダ錠[カペシタビン]	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup>		<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup>		<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> A
2400 ~ 4200	<input checked="" type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> B
						<input checked="" type="checkbox"/> 対象外

## 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
②	ゼローダ錠(300mg) [カペシタビン]	mg/2x	P.O	朝 夕 2週投与1週休薬

ゼローダ錠(カペシタビン)の1日投与量については、下記の目安量をご参照下さい。

一日投与量(目安)	1.36m <sup>2</sup> 未満	1.36m <sup>2</sup> 以上1.66m <sup>2</sup> 未満	1.66m <sup>2</sup> 以上1.96m <sup>2</sup> 未満	1.96m <sup>2</sup> 以上
	1200mg(4錠)/回 → 2400mg(8錠)/日	1500mg(5錠)/回 → 3000mg(10錠)/日	1800mg(6錠)/回 → 3600mg(12錠)/日	2100mg(7錠)/回 → 4200mg(14錠)/日

### 注意事項など

内服・外用処方にて手足症候群予防対策をお願いします。  
 (1) ビドキサール錠(10) 3~6錠/日 , (2) 保湿剤(ヒルドイド・白色ワセリンなど)

確認者	監査者