ID:	=患者情報!B1												
患者氏名	=患者情報!B2	殿	（パルボシクリブ+フルベストラント【閉経前】）療法										
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	手術不能又は再発乳癌					開始日		年		月		日	
クール	3	週 投与	1	週 休薬		診療科							
	備考	パルボシクリブ：day1～21 フルベストラント：day1・15 （2クール目からは28日毎に投与）				医師名							

施行日	クール

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。
※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。

☐ HBs抗原
☐ HBs抗体
☐ HBc抗体

適応基準		告知の有無		P S		同意書取得	
	☐ 1st Line ☑ 2nd Line ☑ 3rd Line以降 ☐ 術前 ☐ 術後補助 ☑ 進行 ☑ 再発 ☐ HR(+) HER2(−)						☐ 済

身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m^2

薬品名	単位
イブランス錠 [パルボシクリブ] 125	☐ mg/m^2 ☑ mg/body

外来化療加算 ☐ A ☐ B ☑ 対象外

レジメン内容

該当する内容に☑を入れて下さい。

☐	通常量	イブランス錠 [パルボシクリブ]	1日 1回	1回 125 mg	125mg錠 1回1錠
☐	1段階減量	イブランス錠 [パルボシクリブ]	1日 1回	1回 100 mg	25mg錠 1回4錠
☐	2段階減量	イブランス錠 [パルボシクリブ]	1日 1回	1回 75 mg	25mg錠 1回3錠

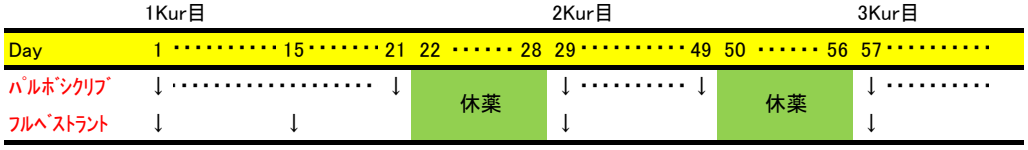
フェソロデックス筋注250mg [フルベストラント]	500	mg/1×	筋注 250mg/筒を 左右の臀部に1筒ずつ	day1・15 （2クール目からは28日毎に投与）

2クール目以降のフェソロデックス筋注投与について、投与予定日±7日であれば投与可とする。

LH-RHアゴニスト製剤 【ゴセレリン・リュープロレリンなど】	投与間隔については各製剤の用法用量を参照

注意事項など

2020/12/24 （2020年9月薬事委員会で院外採用決定）
①カプセル→錠剤へ変更のため薬剤名変更
②食後投与の記載削除
③緊急採用使用届の記載削除



確認者	監査者