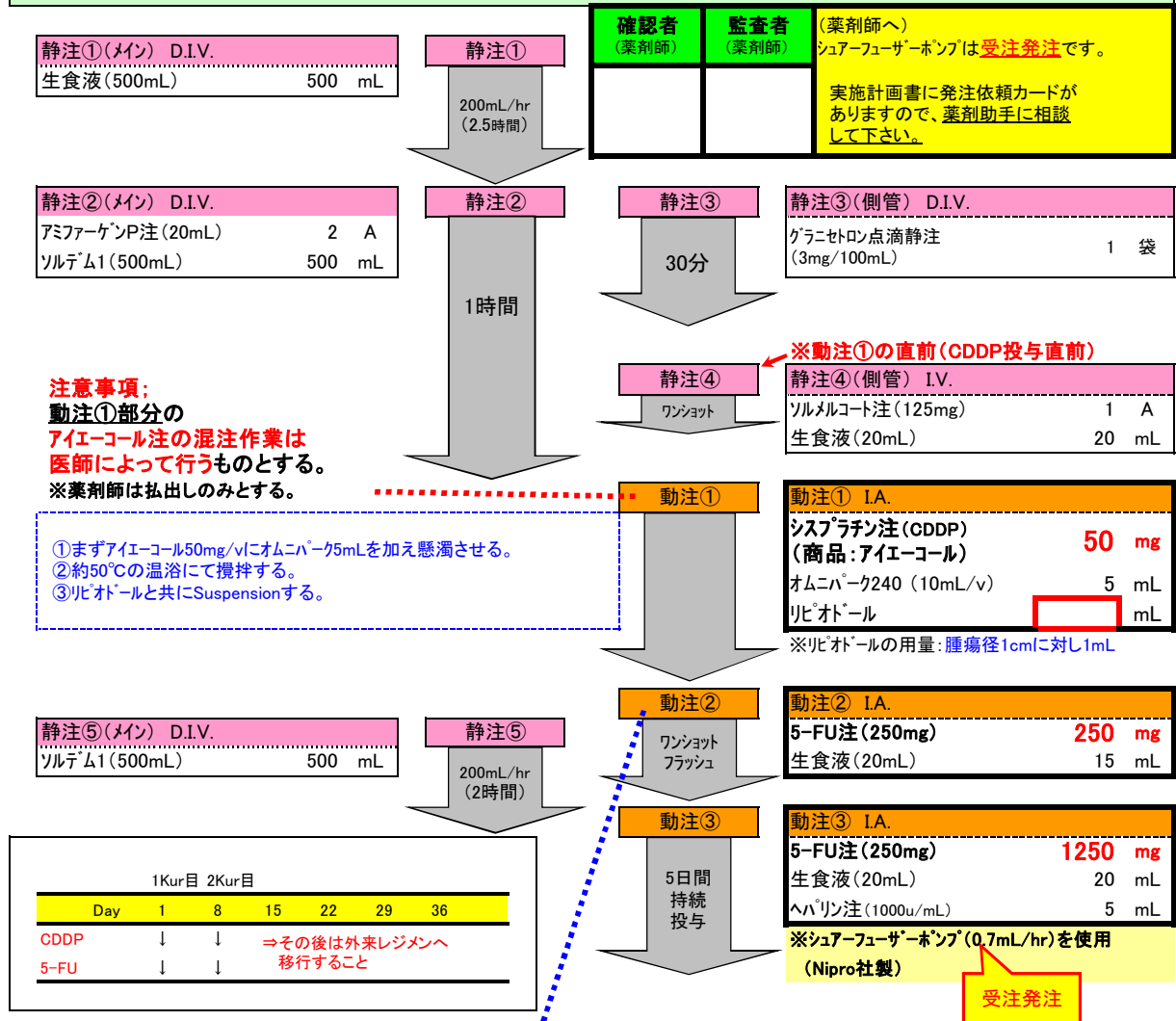


ID:			( New FP【入院】 ) 療法				施行日	クール
患者氏名	殿						入院/外来	入力日
年齢性別				開始日	年	月	日	
疾患名			週 投与	週 休薬	診療科			
クール	備考	1週毎 2コース		医師名				
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発 <input checked="" type="checkbox"/> Low dose FP療法がfailureになった症例			告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	
薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算	A B 対象外	
シスプラチン注(CDDP) (商品:アイエーコール) 50	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	5-FU注 (フラッシュ) 250	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	5-FU注 (持続動注) 1250	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
※アイエーコール注は当院未採用薬のため、「緊急医薬品使用届」の提出が別途必要です。				緊急医薬品使用届の提出 ※事後登録不可		<input type="checkbox"/> 済	入院レジメンのため	
<b>重要</b>	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								

## レジメン内容



注射シリンジにて払い出しを行う  
 ※液漏れ防止のため、①キャップをし、②チャック付ポリ袋に入れて払い出すこと

### 注意事項など