

ID:	=患者情報!B1			( オクトレオチド <sup>®</sup> LAR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	1	週	投与	3	週	休薬	診療科		
	備考	4週毎			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			告知の有無		P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	
		身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00

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。

薬品名	薬品名	単位	薬品名	単位	外来 化療 加算	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外
オクトレオチド <sup>®</sup> LAR 用量設定は下記参照		<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body		

## レジメン内容

該当する内容にを入れて下さい。

設定	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
通常 投与量 <input type="checkbox"/>	サンドスタチンLAR筋注 [オクトレオチド <sup>®</sup> 酢酸塩徐放性製剤]	30mg	筋注(臀部)	4週毎
1段階 減量 <input type="checkbox"/>	サンドスタチンLAR筋注 [オクトレオチド <sup>®</sup> 酢酸塩徐放性製剤]	20mg	筋注(臀部)	4週毎
2段階 減量 <input type="checkbox"/>	サンドスタチンLAR筋注 [オクトレオチド <sup>®</sup> 酢酸塩徐放性製剤]	10mg	筋注(臀部)	4週毎

	1Kur目	2Kur目	3Kur目	
Day	1	29	57	.....
オクトレオチド <sup>®</sup> LAR	↓	↓	↓	

確認者	監査者

注意事項など