

ID:	=患者情報!B1			(ランレオチド [®] 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	膵神経内分泌腫瘍				開始日	年	月	日		
クール	4週毎				診療科					
					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	m ²
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。 <small>※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。</small>							<input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体		
	薬品名	ランレオチド [®]			外来化療加算	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外				
	用量設定は下記参照									
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	ソマチュリン皮下注120mg [ランレオチド [®] 酢酸塩徐放性製剤]	120mg	深部皮下に注射 ※部位は原則 臀部の上部外側とする	4週毎						
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。										
【注意事項】 ソマチュリン皮下注(ランレオチド [®])について; 膵・神経内分泌腫瘍に対して国内で承認されているソマチュリン皮下注製剤は、120mg製剤のみである。										
	1Kur目	2Kur目	3Kur目							
Day	1	29	57						
ランレオチド [®]	↓	↓	↓							
				確認者	監査者					
注意事項など										