

ID:	=患者情報!B1			(UFT単独 [術後補助]) 療法				施行日	クール	
患者氏名	=患者情報!B2		殿					入院/外来	入力日	年
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8							
疾患名					開始日	年	月	日		
クール	週	投与	週	休薬	診療科					
	備考	連日投与			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。 <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			
身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m ²	告知の有無	
薬品名	単位	薬品名	単位	外来 化療 加算		<input type="checkbox"/> A	P S			
UFT	<input type="checkbox"/> mg/m ²		<input type="checkbox"/> mg/m ²			<input type="checkbox"/> B				
300~600	<input checked="" type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/body			<input checked="" type="checkbox"/> 対象外	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済		
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				
①	ユーエフティ(UFT)	<input type="checkbox"/> mg/2x <input type="checkbox"/> mg/3x		P.O		1回	mg			
※術後補助療法として、 high risk患者に抗エストロゲン療法と 併用して使用						該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。				
注意事項など 併用禁忌・・・TS-1 (TS-1投与中及び中止後7日以内は投与しないこと)										
								確認者	監査者	