

ID:	=患者情報!B1			(イレッサ単独 [ゲフィニチブ]) 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	非小細胞肺癌					開始日		年		月		日	
クール		週	投与		週	休薬	診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)					
	備考	連日投与 (効果が認められなくなるまで)					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。								<input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体				
	※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。												
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		
	<input checked="" type="checkbox"/> EGFR遺伝子変異陽性であること <small>(2011年11月改訂)</small>					身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00
薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外					
ゲフィニチブ 250	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body										
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	イレッサ錠(250mg) [ゲフィニチブ]	250	mg/1x	P.O	1回	250	mg						
注意事項など													
										確認者	監査者		