

ID:	=患者情報!B1			( UFT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	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	術後4週間～2年間服用				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。  
 ※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 <sup>2</sup>	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	<input type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> 対象外	P S	
UFT 250	<input checked="" 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					同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	

## レジメン内容

順番	医薬品名	投与量	投与スケジュール
----	------	-----	----------

**A. 1日2回服用の場合**

<input type="checkbox"/>	ユーエフティー(UFT)	mg/分2 (経口)	朝	mg	夕	mg
--------------------------	--------------	---------------	---	----	---	----

**B. 1日3回服用の場合**

<input type="checkbox"/>	ユーエフティー(UFT)	mg/分3 (経口)	朝	mg	昼	mg	夕	mg
--------------------------	--------------	---------------	---	----	---	----	---	----

 該当する内容に  入れて下さい。

ユーエフティー(UFT): 当院採用規格は下記の通りです。用量に併せて処方して下さい。

- ユーエフティ配合カプセルT100・・・100mg 剤形:カプセル
- ユーエフティE配合顆粒T150・・・150mg 剤形:顆粒

**注意事項など**

**術後補助療法として**  
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