

ID:	=患者情報!B1			( <b>ネクサバル単独</b> ) <b>療法</b> [ソラフェニブ]				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	週	投与	週	休業	診療科					
	備考	連日投与 (効果が認められなくなるまで)			医師名					
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	P S	同意書 取得	<input type="checkbox"/> 済		
	<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		<input type="checkbox"/> B				<input checked="" type="checkbox"/> 対象外	
<b>重要</b>	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	

## 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
通常 投与量 <input type="checkbox"/>	ネクサバル錠 [ソラフェニブ]	800 mg/2x	P.O 食事1時間前	1回 400 mg 1日2回 連日服用
1段階 減量 <input type="checkbox"/>	ネクサバル錠 [ソラフェニブ]	400 mg/1x	P.O 食事1時間前	1回 400 mg 1日1回 連日服用
2段階 減量 <input type="checkbox"/>	ネクサバル錠 [ソラフェニブ]	400 mg/1x	P.O 食事1時間前	1回 400 mg 1日1回 隔日服用

該当する内容に を入れて下さい。

注意事項など

確認者

監査者