

ID:	=患者情報!B1			(ルマケラス単独 【ソトラシブ】) 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				開始日	年	月	日			
クール	連日投与			診療科						
備考				医師名						
適応基準	<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input checked="" type="checkbox"/> KRAS G12C変異陽性			告知の有無		P S		同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	
	身長		cm	体重		kg	体表面积	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
ルマケラス錠は当院未採用薬のため、「緊急医薬品使用届」の提出が別途必要です。										
外来	<input type="checkbox"/> A									
化療	<input type="checkbox"/> B									
加算	<input checked="" type="checkbox"/> 対象外									
レジメン内容										
該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。										
<input type="checkbox"/>	通常量	ルマケラス錠 [ソトラシブ]	1日 1回	1回 960mg	1回量 120mg × 8錠					
<input type="checkbox"/>	1段階減量	ルマケラス錠 [ソトラシブ]	1日 1回	1回 480mg	1回量 120mg × 4錠					
<input type="checkbox"/>	2段階減量	ルマケラス錠 [ソトラシブ]	1日 1回	1回 240mg	1回量 120mg × 2錠					
担当医師へ							確認者	監査者		
・肝機能障害があらわれることがあるので、本剤投与開始前および投与中は定期的に肝機能検査の実施をお願いします										