

ID:	=患者情報!B1			( レンビマ単独 [レンパチエフ] ) 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 checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降				告知の有無		P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	
	身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>	

**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。

外来化療加算	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外	オーフアンドラッグ指定のため、症例が無い限り卸問屋に在庫を備蓄させることができません。したがって、使用に際しては、連絡を頂いてから1～2週間かかります。
--------	---	--

### レジメン内容

該当する内容に  を入れて下さい。

<input type="checkbox"/>	通常量	レンビマCap [レンパチエフ]	1日 1回	1回	24	mg	1回量 10mg × 2Cap 4mg × 1Cap
<input type="checkbox"/>	1段階減量	レンビマCap [レンパチエフ]	1日 1回	1回	20	mg	1回量 10mg × 2Cap
<input type="checkbox"/>	2段階減量	レンビマCap [レンパチエフ]	1日 1回	1回	14	mg	1回量 10mg × 1Cap 4mg × 1Cap
<input type="checkbox"/>	3段階減量	レンビマCap [レンパチエフ]	1日 1回	1回	10	mg	1回量 10mg × 1Cap
<input type="checkbox"/>	4段階減量	レンビマCap [レンパチエフ]	1日 1回	1回	8	mg	1回量 4mg × 2Cap
<input type="checkbox"/>	5段階減量	レンビマCap [レンパチエフ]	1日 1回	1回	4	mg	1回量 4mg × 1Cap

**【重要:薬剤師へ】**  
 「処方確認シート」および「服用量チェックシート」に必要事項を記入の上、患者へ交付して下さい。

注意:  
 患者へは、以下の項目を指導して下さい。

- 絶対に紛失しないように保管すること、
- 院外薬局へは毎回提示すること

患者様へのおお願い

※必ず「処方確認シート」をご確認ください。

処方される先送りのお薬は、必ず「処方確認シート」をご確認ください。

※必ず「処方確認シート」をご確認ください。

➤

服用量チェックシート

レンビマ服用量チェックシート

1日1回 10mg × 2Cap  
4mg × 1Cap

1日1回 10mg × 2Cap

1日1回 10mg × 1Cap  
4mg × 1Cap

1日1回 10mg × 1Cap

1日1回 4mg × 2Cap

1日1回 4mg × 1Cap

<b>注意事項など</b>	確認者	監査者
内服・外用処方にて手足症候群予防対策をお願いします。 (1) <b>ピドキサール錠(10)</b> 3～6錠/日, (2) <b>保湿剤(ヒルドイドなど)</b>		