

ID:	=患者情報!B1		★ ( アキシチニブ単独 【インライタ】 ) 療法				★ 施行日		クール	
患者氏名	=患者情報!B2	殿					入院/外来		入力日	年
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日		年	月	日		
疾患名	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌				診療科					
クール	連日投与 (効果が認められなくなるまで)				医師名					
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発									
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		
	<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			同意書取得		<input type="checkbox"/> 済		
<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	
	<b>レジメン内容</b>									
<b>インライタ錠 【アキシチニブ】</b>			<b>10</b>	mg/2x	<b>朝・夕食後</b>		<b>1回</b>	<b>5</b>	<b>mg</b>	
<b>【増量方法】</b>					初回	1段階増量		2段階増量		
2週間連続投与・忍容性ある場合に右の順に増量					1回5mg	→	1回7mg	→	1回10mg	
<b>【減量方法】</b>					初回	1段階減量		2段階減量		
副作用出現時には右の順に減量					1回5mg	→	1回3mg	→	1回2mg	
<b>注意事項など</b>								確認者	監査者	