

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					開始日	年	月	日	
クール	週	投与	週	休薬	診療科				
	備考	連日投与			医師名				

<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。							<input type="checkbox"/> HBs抗原
	※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	同意書 取得	P S		<input type="checkbox"/> 済	
UFT	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body		<input checked="" type="checkbox"/> 対象外					
300~600										

## 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
①	ユー-イフティ(UFT)	<input type="checkbox"/> mg/1x <input type="checkbox"/> mg/2x <input type="checkbox"/> mg/3x	P.O	1回  mg

該当する内容に  を入れて下さい。

**注意事項など**  
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