

ID:	=患者情報!B1		( レゴラフェニブ単独 ) 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	消化管間質腫瘍				開始日	年	月	日																																								
クール	3	週	投与	1	週	休薬	診療科																																									
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発 <input checked="" type="checkbox"/> イマチニブ及びスニチニブによる治療後		外来 化療 加算	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外		申請医師																																										
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。							<input type="checkbox"/> HBs抗原 <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		P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済																																		
レジメン内容																																																
該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。																																																
設定	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"/>	スチバーガ錠40mg [レゴラフェニブ]				160mg/1x ( 4錠/1x )		P.O 【食後】		1回		160mg ( 4錠 )																																					
											1日1回																																					
1段階 減量 <input type="checkbox"/>	スチバーガ錠40mg [レゴラフェニブ]				120mg/1x ( 3錠/1x )		P.O 【食後】		1回		120mg ( 3錠 )																																					
											1日1回																																					
2段階 減量 <input type="checkbox"/>	スチバーガ錠40mg [レゴラフェニブ]				80mg/1x ( 2錠/1x )		P.O 【食後】		1回		80mg ( 2錠 )																																					
											1日1回																																					
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3">1Kur目</td> <td colspan="3">2Kur目</td> <td colspan="3">3Kur目</td> </tr> <tr> <td>Day</td> <td>1</td> <td>.....</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>...</td> <td>29</td> <td>.....</td> <td>49</td> <td>50</td> <td>...</td> <td>57</td> <td>..</td> </tr> <tr> <td>レゴラフェニブ</td> <td>↓</td> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td>↓</td> <td></td> </tr> </table>										1Kur目			2Kur目			3Kur目			Day	1	.....	21	22	...	29	.....	49	50	...	57	..	レゴラフェニブ	↓		↓			↓		↓			↓		確認者		監査者	
1Kur目			2Kur目			3Kur目																																										
Day	1	.....	21	22	...	29	.....	49	50	...	57	..																																				
レゴラフェニブ	↓		↓			↓		↓			↓																																					
<b>注意事項など</b> 1) 空腹時投与を避けること。 2) 減量して投与を継続する場合には、40mgずつ減量し、1日1回80mgを下限とする。 3) 本剤投与開始前及び投与中は定期的に肝機能検査を行うこと。																																																
<b>※※患者状態に応じて、減量開始 (忍容性確認後に増量など)ご検討ください※※</b>																																																
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) ビドキサル錠(10) 3~6錠/日 , (2) 保湿剤(ヒルドイドなど)																																																