

ID:	=患者情報!B1		(カボザンチニブ) 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			開始日	年	月	日	
クール	週	投与	週	休薬	診療科			
	備考	カボザンチニブ:連日			医師名			
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		
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降			告知の有無	P	S	同意書取得	
	<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 type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 済	
		身長	0	cm	体重	0	kg	
					体表面積	0.00	m ²	
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		
該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。								
通常	<input type="checkbox"/>	カボメティクス錠60mg [カボザンチニブ]	60	mg/1x	空腹時 食事の1時間以上前 or食事2時間以降	1回	1錠	
減量①	<input type="checkbox"/>	カボメティクス錠20mg [カボザンチニブ]	40	mg/1x	空腹時 食事の1時間以上前 or食事2時間以降	1回	2錠	
減量②	<input type="checkbox"/>	カボメティクス錠20mg [カボザンチニブ]	20	mg/1x	空腹時 食事の1時間以上前 or食事2時間以降	1回	1錠	
注意事項など								
						確認者	監査者	