

ID:	=患者情報!B1		( CBZ+PSL ) 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	前立腺癌			開始日	年	月	日		
クール	3週毎			診療科					
	備考	プレドニゾン連日服用		医師名					
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" 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			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。						<input type="checkbox"/> HBs抗原		
							<input type="checkbox"/> HBs抗体		
						<input type="checkbox"/> HBc抗体			
薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	外来 化療 加算	<input checked="" type="checkbox"/> A		
カバジタキセル 25	<input checked="" 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		<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 対象外	
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	レスタミンコ-ワ錠(10mg)	5錠	P.O	ジェブタナ投与30分前までに内服					
②	デキサート注(3.3mg)	6.6mg	D.I.V	15分					
	ファモチゾン注(20mg)	20mg							
	生食液(50mL)	50mL							
③	ジェブタナ注(CBZ) [カバジタキセル]	<input style="border: 2px solid black; width: 50px; height: 20px;" type="text"/> mg	D.I.V	1時間					
	生食液(250mL)	250mL							
Day2									
①	ジーラスタ皮下注3.6mg [ベグフィルグラスチム]	1筒	皮下投与	Day1ジェブタナ投与終了後から24時間以上経過した後					
インラインフィルターを必ず使用して下さい。									
	プレドニゾン錠5mg	1回1錠・1日2回	P.O	連日					
							確認者	監査者	
1Kur目		2Kur目		3Kur目					
Day	1	8	15	22	29	36	43	50	.....
CBZ	↓		↓			↓			
注意事項など									