

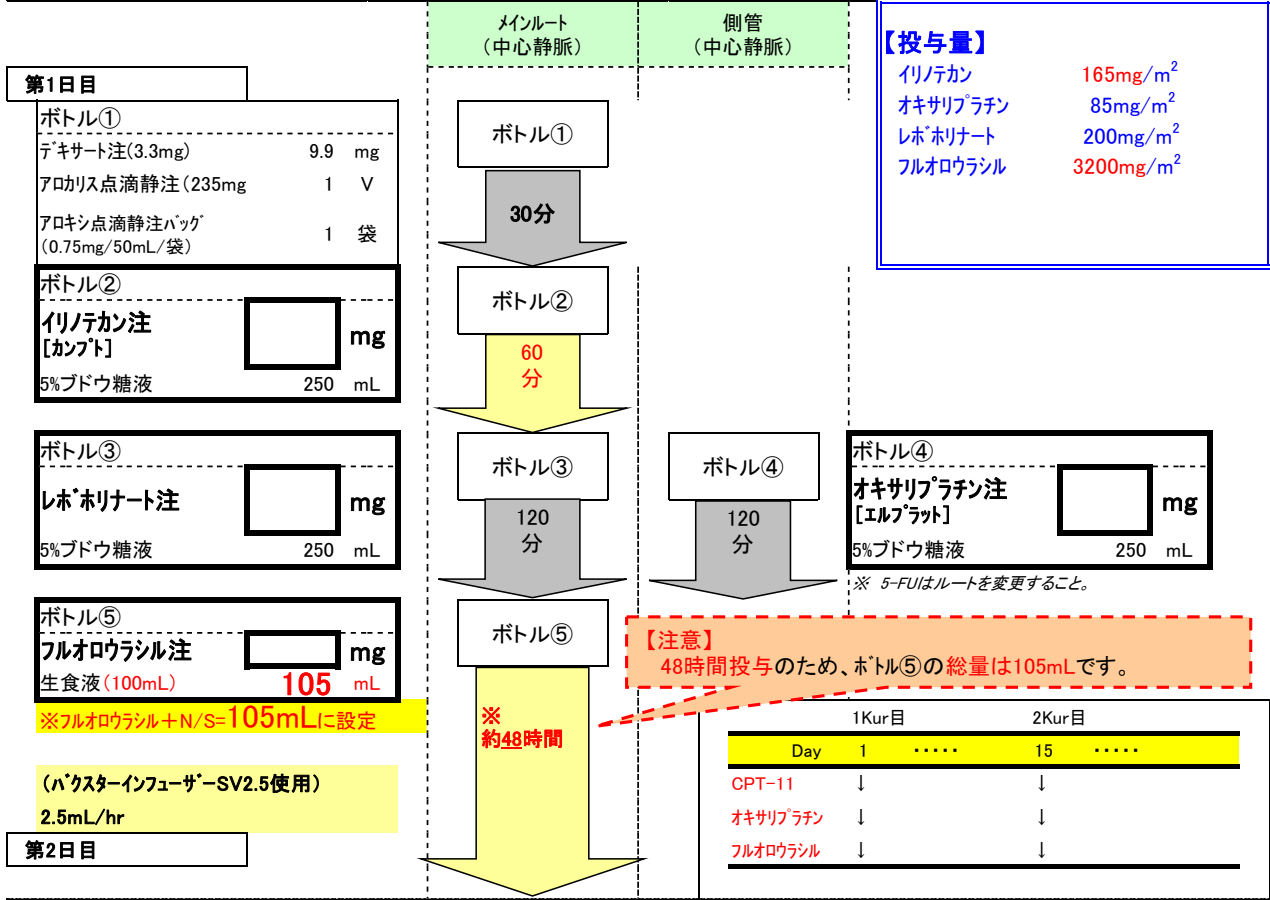
ID:	=患者情報!B1			( FOLFOXIRI ) 療法				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2		殿						
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	入院/外来	入力日	年	月	日	
疾患名					開始日	年	月	日	
クール	2週毎				診療科				
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発				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

身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>	外来化療加算	A
告知の有無		P S		UGT1A1遺伝子多型の検査	<input type="checkbox"/> 済	CVポート留置	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 予定	同意書取得→	<input type="checkbox"/> 済	

項目	適正使用	慎重投与	投与禁忌
ECOG Performance Status(PS)	○ 0 - 1		× 2以上
年齢	○ 65歳未満	△ 65歳以上	
骨髄機能	好中球数 (/mm <sup>3</sup> )	○ 2,000以上	× 2,000未満
	血小板数 (/mm <sup>3</sup> )	○ 10万以上	× 10万未満
総ビリルビン値(mg/dL)/黄疸	○ 1.2以下かつ黄疸を認めない	△ 1.2超～1.8以下かつ黄疸を認めない	× 1.8超 × 黄疸を認める
下痢(水様便を含む)	○ 認めない		× 認める
UGT1A1遺伝子多型; ホモ(UGT1A1*6/*6、UGT1A1*28/*28) 又はダブルヘテロ(UGT1A1*6/*28)	○ もたない	△ もつ	膀胱癌:FOLFIRINOXを参照



注意事項など	確認者	監査者