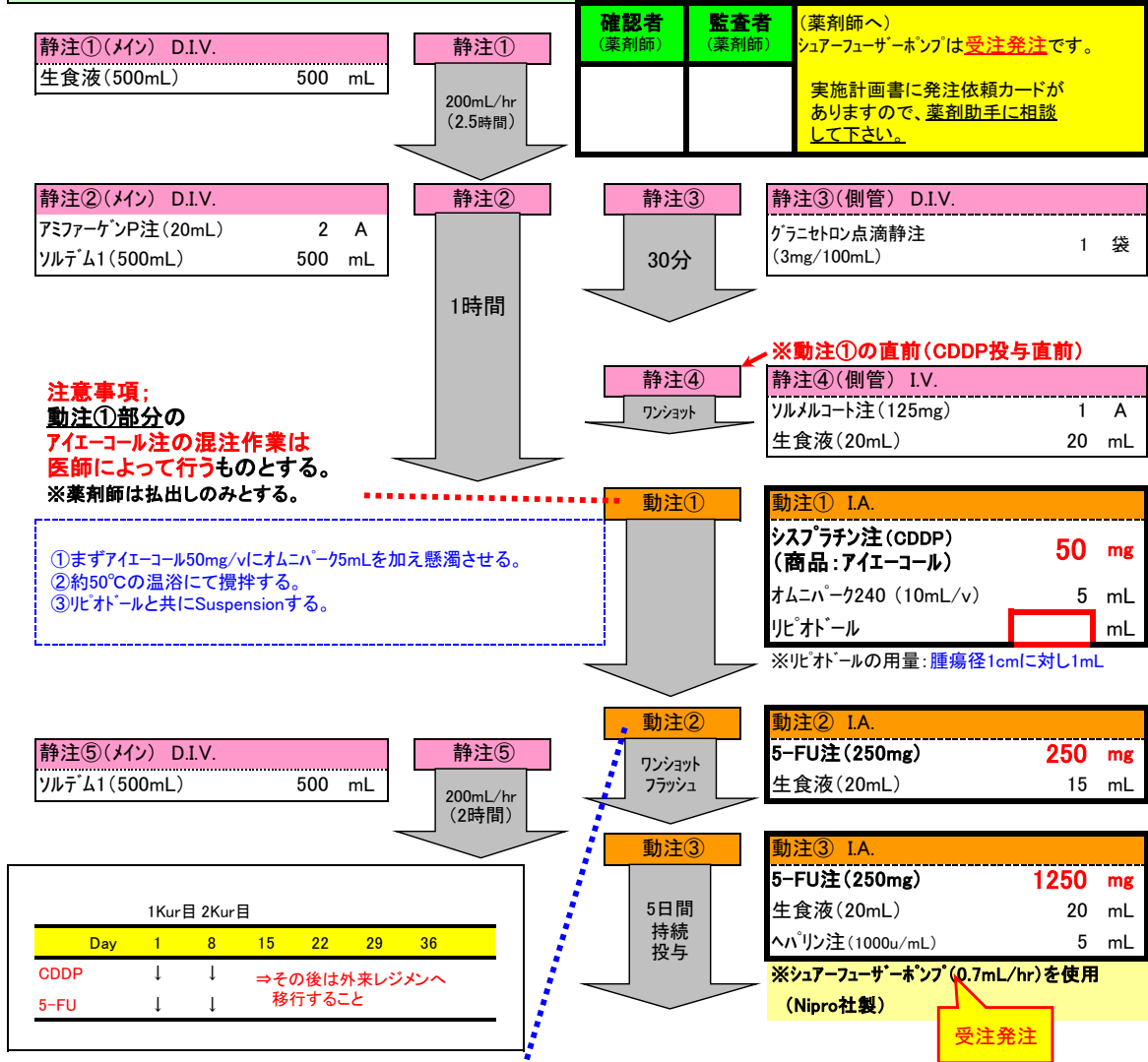


ID:	=患者情報!B1			( New FP【入院】 ) 療法				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2 殿							入院/外来	入力日
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日	年	月	日		
疾患名					開始日	年	月	日	
クール	週 投与	週 休業	診療科						
	備考	1週毎 2コース		医師名					
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発			告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済		
	<input checked="" type="checkbox"/> Low dose FP療法がfailureになった症例			身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00 m <sup>2</sup>
薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	外来治療加算			
シスプラチン注(CDDP) (商品:アイエーコール) 50	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	5-FU注 (フラッシュ) 250	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	5-FU注 (持続動注) 1250	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外			
※アイエーコール注は当院未採用薬のため、「緊急医薬品使用届」の提出が別途必要です。				緊急医薬品使用届の提出 ※事後登録不可		<input type="checkbox"/> 済			

**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。

HBs抗原  
 HBs抗体  
 HBe抗体

## レジメン内容



注射シリンジにて払い出しを行う  
 ※液漏れ防止のため、①キャップをし、②チャック付ポリ袋に入れて払い出すこと

**注意事項など**

