

ID:	=患者情報!B1			CMF [CPA + MTX + 5-FU]	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	投与	2	週	休薬	診療科	
備考	エンドキサンP:2週投与2週休薬 6クール MTX及びフルオウラシル:Day1, 8			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。						<input type="checkbox"/> HBs抗原
							<input type="checkbox"/> HBs抗体
							<input type="checkbox"/> HBc抗体
※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。							

身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m ²	告知の有無		外 来 化 療 加 算
薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	P	S		<input checked="" type="checkbox"/> A		
CPA 100	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	MTX 40~45	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	フルオウラシル 500~600	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	同意書 取得		<input type="checkbox"/> 済	<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	グラニセロン点滴静注 (3mg/100mL)	1袋	D.I.V	30分
②	メソトレキサート注(MTX)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> mg	D.I.V	30分
	生食液(100mL)	100mL		
③	フルオウラシル注	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> mg	D.I.V	15分
	生食液(50mL)	50mL		
内服	エンドキサン錠(50mg) [CPA]	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 100 mg/2x	P.O	1回 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 50 mg

注意事項など

確認者	監査者