

ID:	=患者情報!B1			(TS-1単独) 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	4	週	投与	2	週	休薬
	備考			診療科		
				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
	※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抗体
				<input type="checkbox"/> HBc抗体	

身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m ²	告知の有無	
薬品名	単位	薬品名	単位	外来 化療 加算		<input type="checkbox"/> A	P S		同意書 取得	<input type="checkbox"/> 済
						<input type="checkbox"/> B				
						<input checked="" 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
<input type="checkbox"/>	TS-1 (1.25m ² 未満)	80mg/2x	P.O	1回 40mg
<input type="checkbox"/>	TS-1 (1.25m ² 以上～1.50m ² 未満)	100mg/2x	P.O	1回 50mg
<input type="checkbox"/>	TS-1 (1.50m ² 以上)	120mg/2x	P.O	1回 60mg
<input type="checkbox"/>	TS-1 (その他)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> mg/2x	P.O	1回 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> mg

該当する内容に 入れて下さい。

注意事項など

併用禁忌・・・フツ化ピリミジン系抗悪性腫瘍薬

確認者	監査者

