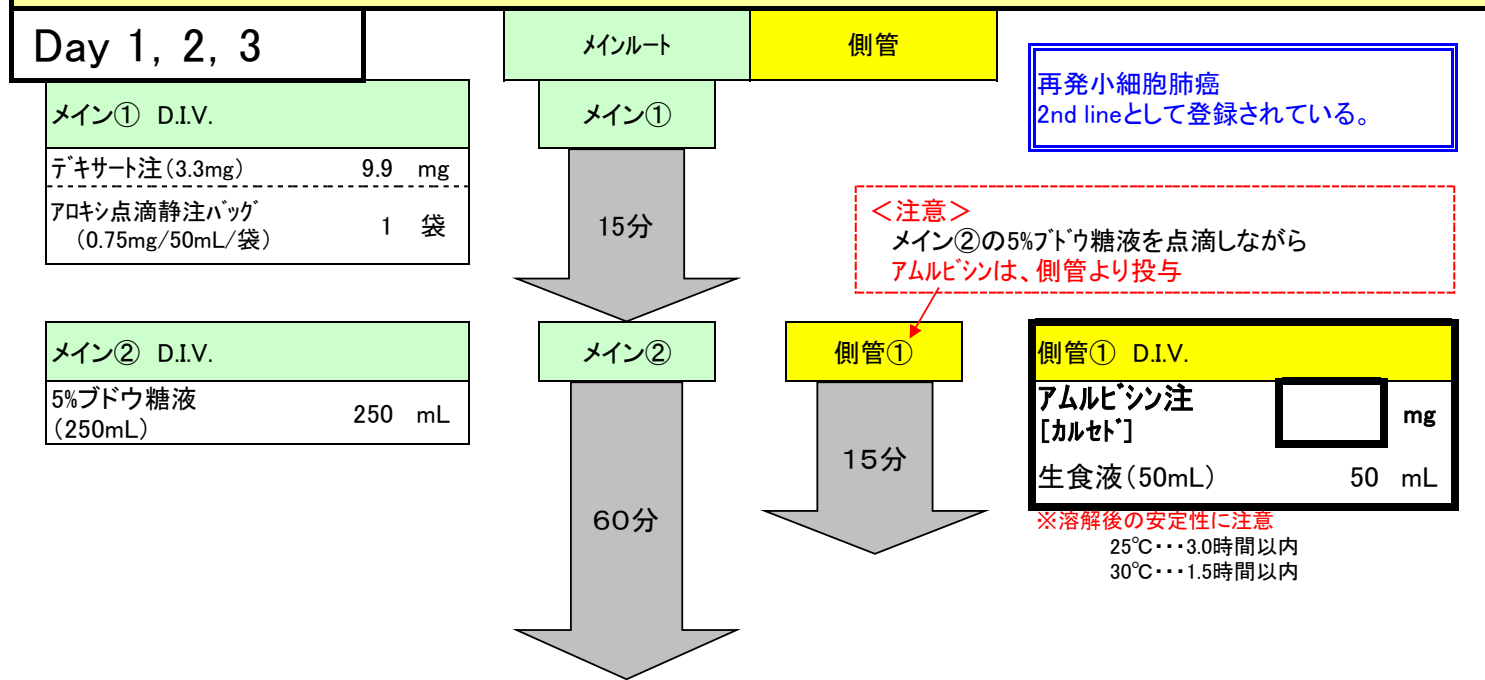


ID:	=患者情報!B1			(AMR)	療法	施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2		殿						
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	入院/外来	入力日	年	月	日	
疾患名	小細胞肺癌				開始日	年	月	日	
クール	1	週	投与	2	週	休薬	診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)	
	備考	Day1,2,3			医師名				
重要	B型肝炎の再活性化 (de novo B型肝炎) 対策として、右記の検査が未実施の場合は、全例スクリーニング対象となります。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 checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外	P	S	同意書 取得	<input type="checkbox"/> 済	
アムルビシン 40	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body									

レジメン内容



アムルビシン: 中等度催吐性リスク

注意事項など

	1Kur目	2Kur目	確認者	監査者
	Day 1 2 3	22 23 24 ...		
AMR	↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↓		