

ID:	=患者情報!B1				(フリュザクラ単独 [フルキンチニブ]) 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	3	週	投与	1	週	休薬	診療科							
	備考					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。								☐ HBs抗原 ☐ HBs抗体 ☐ HBc抗体					
	適応基準	☐ 1st Line ☐ 2nd Line ☒ 3rd Line以降 ☐ 術前 ☐ 術後補助 ☒ 進行 ☒ 再発					適応基準の詳細は下記参考			外来 化療 加算	☐ A ☐ B ☒ 対象外			
※下記の薬剤による治療歴のない患者における本剤の有効性・安全性は確立していない ・フツ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン、イリノテカン及び抗VEGFタンパク製剤(BVなど) ・抗EGFR抗体(Cmab・Pmabなど、適応となる場合のみ) ※レゴラフェニブ(スチパーガ)又はトリフルリジン・チピラシル塩酸塩配合錠(ロンサーフ)の いずれの治療歴もない患者では、これらの薬剤による治療が困難な患者を対象とすること														
身長		cm	体重		kg	体表 面積	0.00	m ²	P S		告知の 有無		同意書 取得	☐ 済
フリュザクラCap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。														
該当する内容に☒を入れて下さい。 レジメン内容														
設定	医薬品名				投与量		投与部位		投与スケジュール					
通常 投与量 ☐	フリュザクラCap [フルキンチニブ]				5mg/1x		P.O		1回 5mg (5mg1Cap) 1日1回					
1段階 減量 ☐	フリュザクラCap [フルキンチニブ]				4mg/1x		P.O		1回 4mg (1mg4Cap) 1日1回					
2段階 減量 ☐	フリュザクラCap [フルキンチニブ]				3mg/1x		P.O		1回 3mg (1mg3Cap) 1日1回					
1Kur目 2Kur目 3Kur目										確認者		監査者		
Day 1 21 22 ... 29 49 50 ... 57 .. フルキンチニブ ↓ 3週投与 ↓ 1週休薬 ↓ 3週投与 ↓ 1週休薬 ↓														
注意事項など 1) 減量・中止について: 3mg/日で忍容性が得られない場合、投与を中止する。 2) 本剤投与開始前及び投与期間中は定期的に血圧測定、尿蛋白を観察すること。 内服・外用処方にて手足症候群予防対策をお願いします。 (1) ビドキサル錠(10) 3～6錠/日 , (2) 保湿剤(ヒルドイドなど)														