

ID:	=患者情報!B1			(ベルズチファン単独 【ウェリレグ】) 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	連日投与 (効果が認められなくなるまで)				診療科					
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発 PD-1/PD-L1阻害剤およびVEGF受容体チロシンキナーゼ阻害剤による治療歴のない患者に対する有効性及び安全性は確立していない				医師名					
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 <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外		P S		
	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body			同意書取得		<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。 <small>※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。</small>								<input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体	
	当院未採用薬のため、「緊急医薬品使用届」の提出が別途必要となります。									
<h2 style="margin: 0;">レジメン内容</h2>										
	医薬品名		投与量		投与スケジュール・投与方法					
通常投与量 <input type="checkbox"/>	ウェリレグ錠 [ベルズチファン]		1回 120mg (40mg × 3錠) 1日1回		連日服用 食前・食後どちらでも可(食事の影響を受けにくい)					
1段階減量 <input type="checkbox"/>	ウェリレグ錠 [ベルズチファン]		1回 80mg (40mg × 2錠) 1日1回		連日服用 食前・食後どちらでも可(食事の影響を受けにくい)					
2段階減量 <input type="checkbox"/>	ウェリレグ錠 [ベルズチファン]		1回 40mg (40mg × 1錠) 1日1回		連日服用 食前・食後どちらでも可(食事の影響を受けにくい)					
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">↑</div> 該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。 </div>										
注意! ★エリスロポエチン(EPO)減少に伴う貧血があらわれることがあるので、本剤投与開始前及び投与期間中は血液検査(ヘモグロビン値測定等)を定期的に行い、患者の状態を十分観察すること。 ★低酸素症があらわれることがあるので、本剤投与開始前及び投与期間中は動脈血酸素飽和度(SpO2)を定期的測定すること。										
注意事項など								確認者	監査者	