




ID:	=患者情報!B1			(パルホシクリブ + 内分泌療法併用) 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	パルホシクリブ: 3週投与1週休薬 内分泌療法薬: 連日投与				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
								<input type="checkbox"/> HBs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。							<input type="checkbox"/> HBc抗体

適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降			告知の有無		P	S		同意書取得	<input type="checkbox"/> 済
	<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発			身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00	m ²
	HR(+) HER2(-)									

薬品名	単位	外来 化療 加算
イブランス錠 [パルホシクリブ] 125	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外

レジメン内容

<input checked="" type="checkbox"/> 該当する内容に を入れて下さい。	<input type="checkbox"/>	通常量	イブランス錠 [パルホシクリブ]	1日 1回	1回 125 mg	125mg錠  1回1錠
	<input type="checkbox"/>	1段階減量	イブランス錠 [パルホシクリブ]	1日 1回	1回 100 mg	25mg錠  1回4錠
	<input type="checkbox"/>	2段階減量	イブランス錠 [パルホシクリブ]	1日 1回	1回 75 mg	25mg錠  1回3錠
内分泌療法薬	<input type="checkbox"/>	フェマール錠2.5mg [レトゾール]	1日 1回	1回 2.5 mg	連日投与	
	<input type="checkbox"/>	アロマシン錠25mg [エキセメスタン]	1日 1回	1回 25 mg	連日投与	
	<input type="checkbox"/>	アリミデックス錠1mg [アナストロゾール]	1日 1回	1回 1 mg	連日投与	
	<input type="checkbox"/>	ノルバデックス錠20mg [タモキシフェン]	1日 1回	1回 20 mg	連日投与	

注意事項など

	1Kur目	2Kur目	3Kur目	確認者	監査者
Day	1	21 22	28 29		
パルホシクリブ	↓	↓ 休薬 ↓	↓ 休薬 ↓		
内分泌療法薬	↓				