

抗がん剤プロトコール<オプジーボ+SOX>

年 月 日

診療科・主治医 _____

外来・入院() 患者ID _____ 患者氏名 _____ 性別 _____ 年齢 _____ 歳

病名 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m² HBs抗原 一・十

血清CRE _____ mg/dl Ccr _____ ml/min

投与開始日 _____ 年 月 日 曜日 1クール 21日 予定クール数 _____ クール

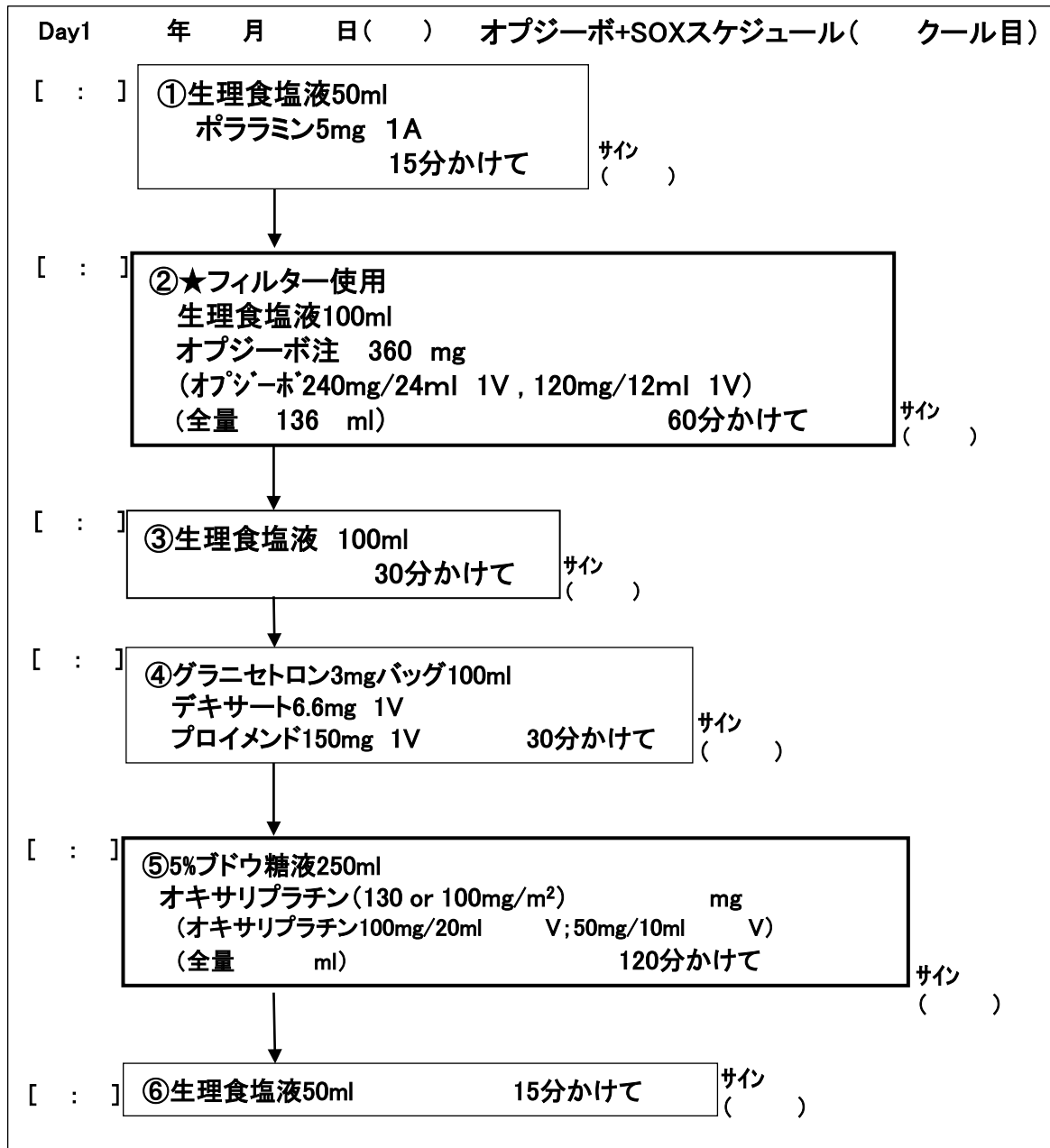
<処方内容>

TS-1 (80mg/m²/日) _____ mg/日

TS-1 (20 ・ 25)mg _____ 包 分2

14日間連日内服 7日間休薬 Day1 夕より服用開始

体表面積	TS-1投与量
1.25m ² 未満	40mg/回 x2/ day
1.25m ² 以上1.5m ² 未満	50mg/回 x2/ day
1.5m ² 以上	60mg/回 x2/ day



確認薬剤師

【太枠内ケモセーフロック使用】
 <下線部のみ記入して下さい。>
 <訂正箇所は赤字でお願いします。>