

抗がん剤プロトコール<オプジーボ>

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

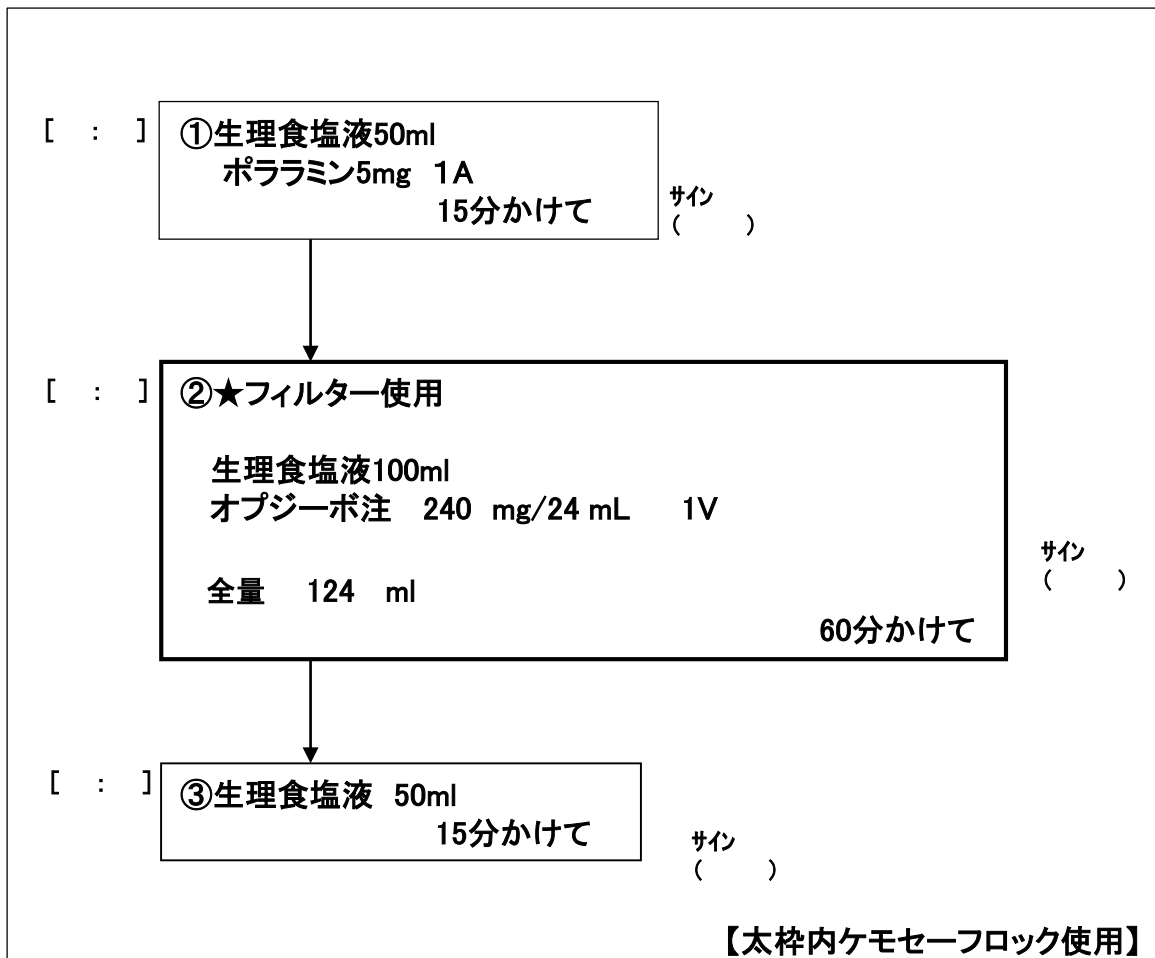
病名 _____

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

血清CRE _____ mg/dl CLcr(クレアチニンクリアランス) _____ ml/min

投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 曜日 1クール 14日 予定クール数 _____ クール

オプジーボ単独投与スケジュール(クール目)



確認薬剤師

<訂正箇所は赤字でお願いします。>

<下線部のみ記入して下さい。>