

# 抗がん剤プロトコール< mFOLFOX6>

年 月 日

診療科・主治医

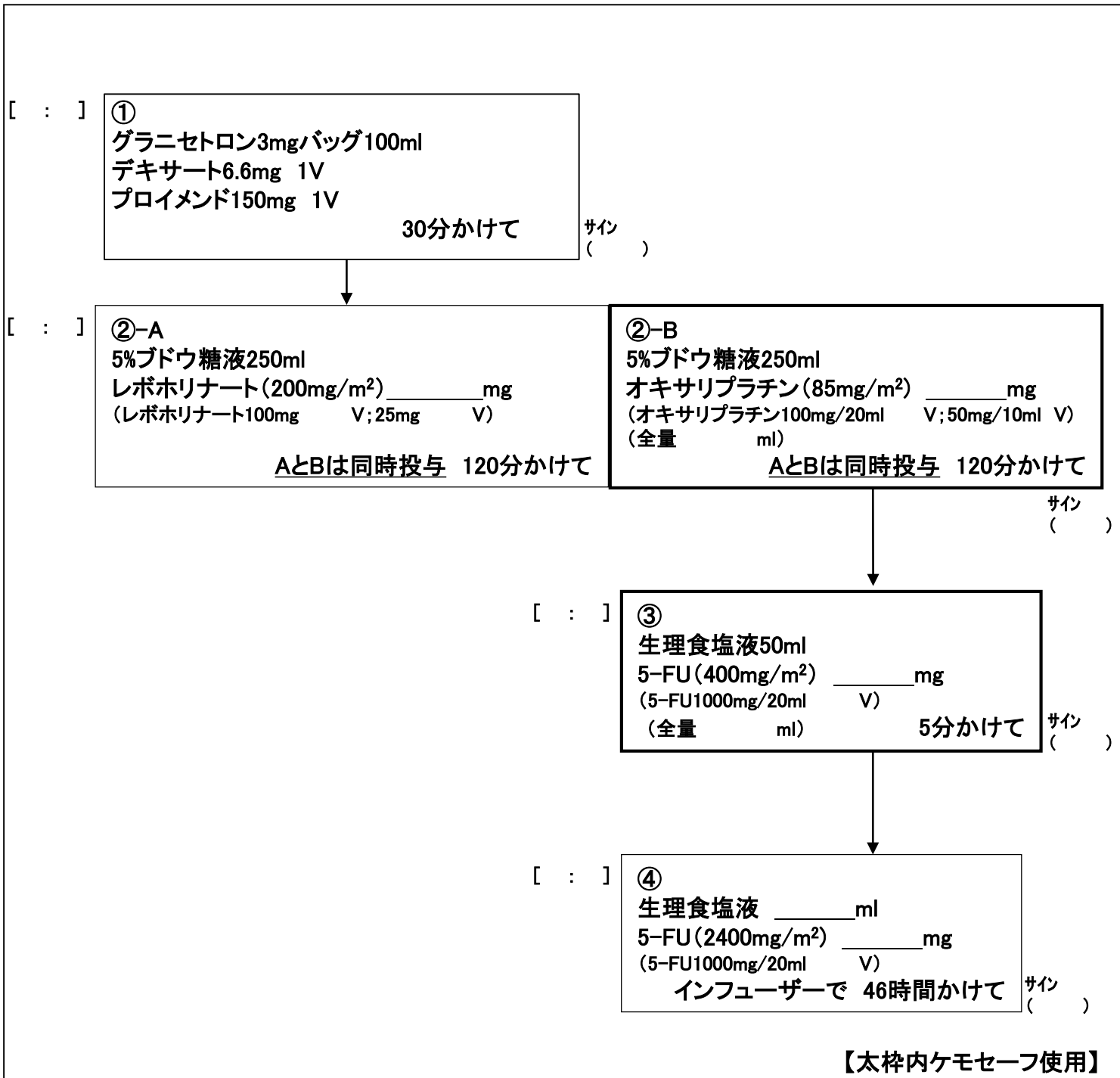
外来・入院( ) 患者ID 患者氏名 性別 男・女 年齢 歳

病名

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体表面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> HBs抗原 ー・十

血清CRE \_\_\_\_\_ mg/dl CLcr \_\_\_\_\_ 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



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ください。>