

抗がん剤プロトコール < sLV5FU2+BV >

年 月 日

診療科・主治医

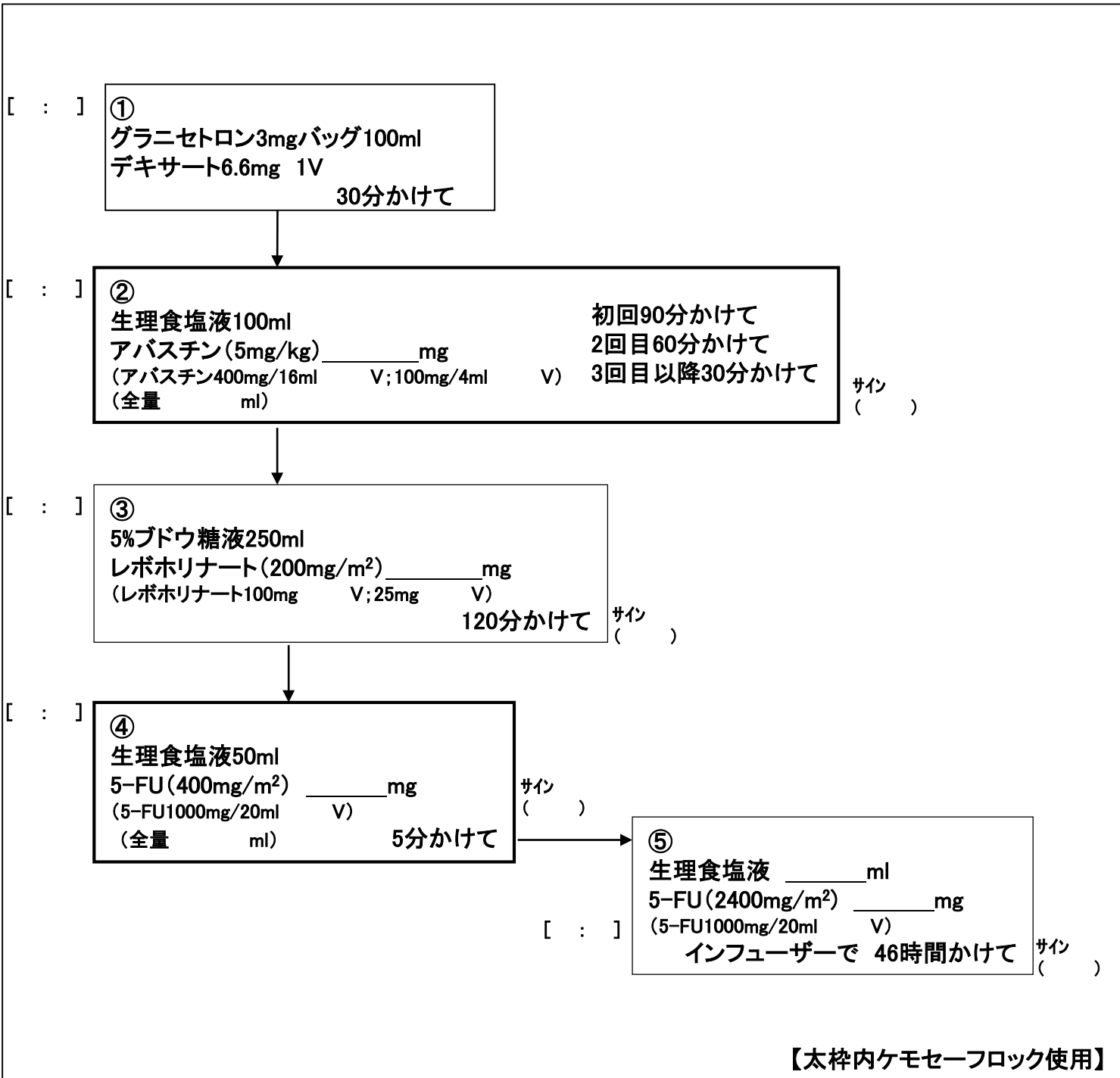
外来・入院() 患者ID 患者氏名 性別 男・女 年齢 歳

病名

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m² HBs抗原 一・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下さい。>