

抗がん剤プロトコール＜C-mab単独療法＞

年 月 日

診療科・主治医 _____

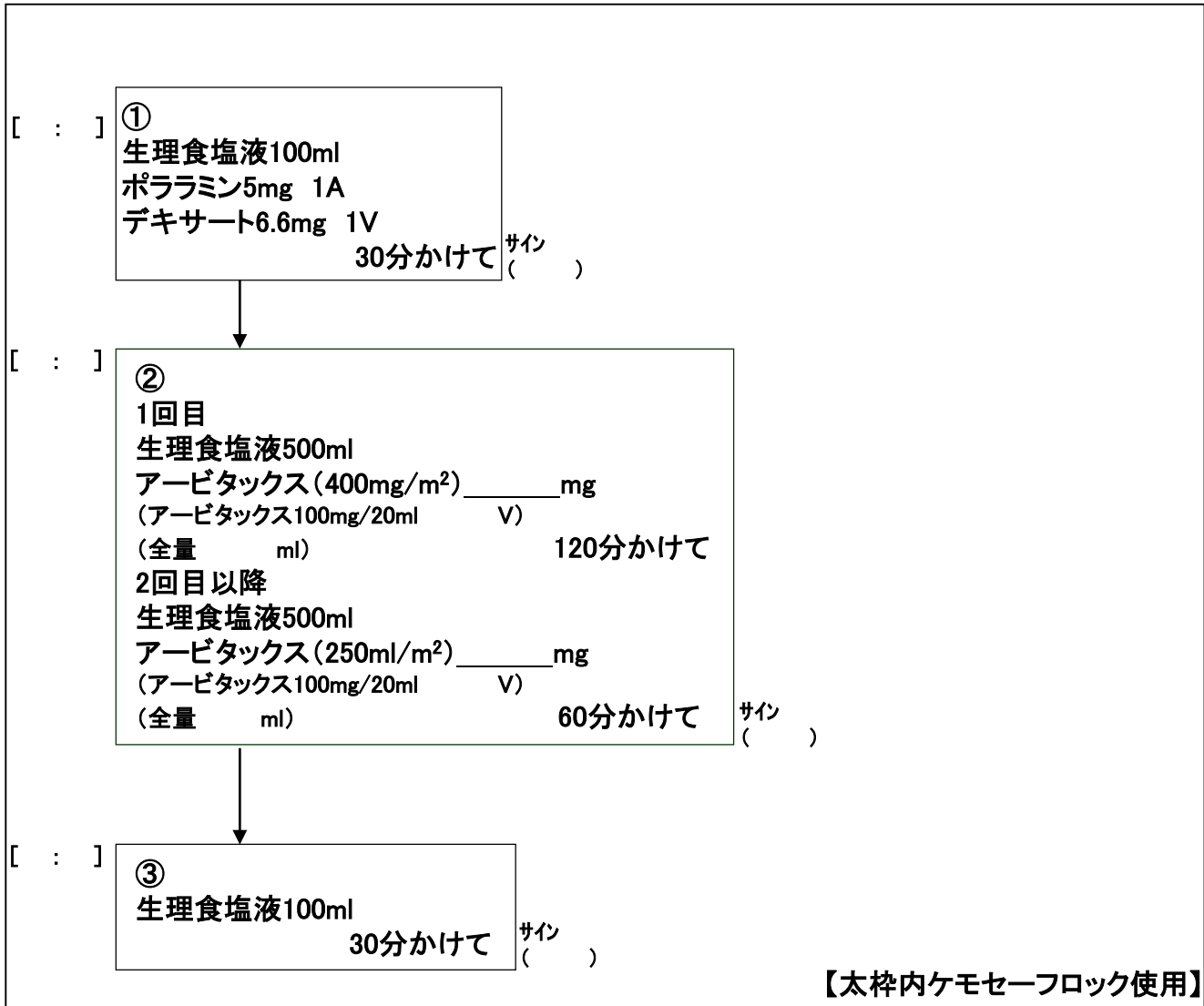
外来・入院() 患者ID _____ 患者氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳

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 7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。>