

抗がん剤プロトコール<FOLFIRI+C-mab >

年 月 日

診療科・主治医 _____

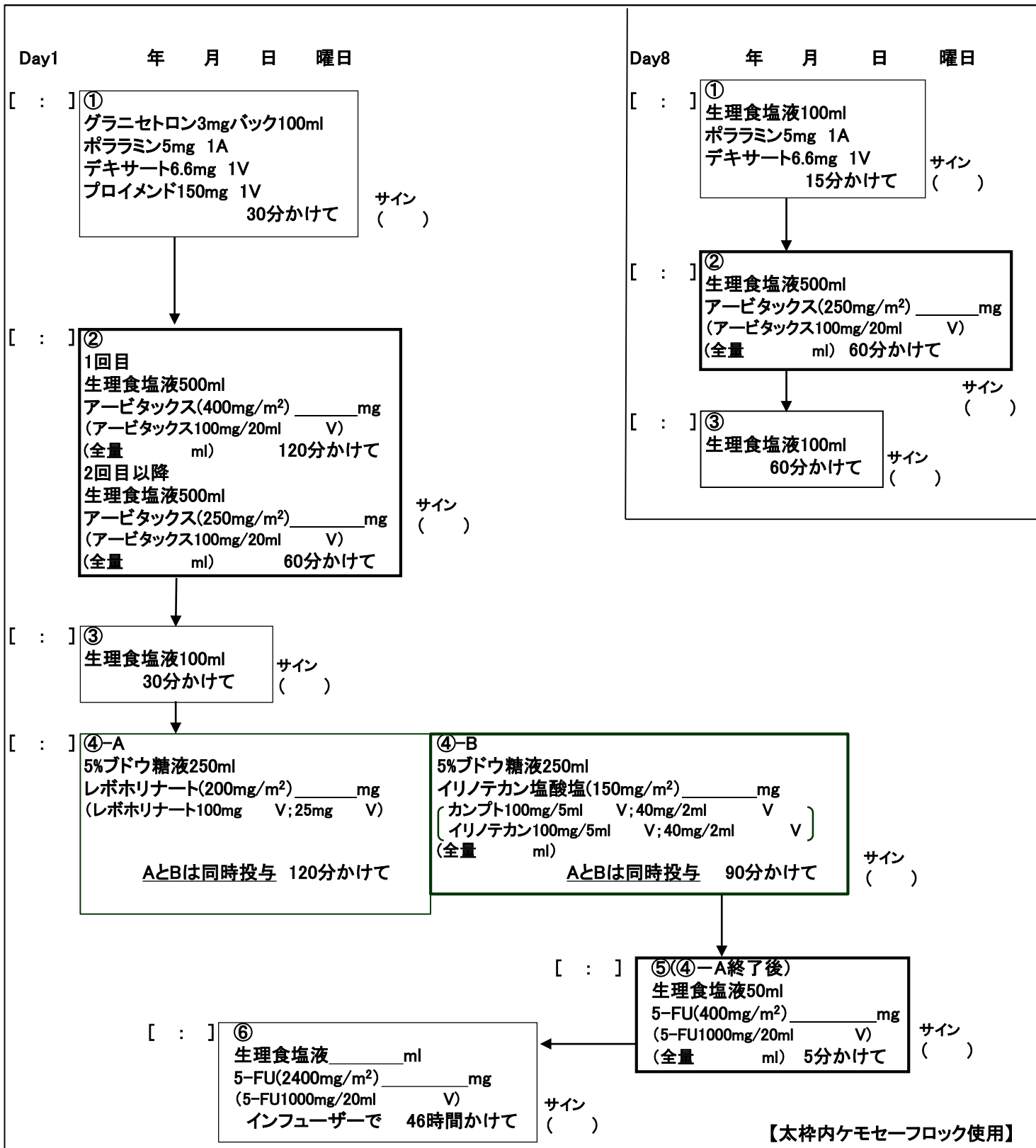
外来・入院() 患者ID _____ 患者氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳

病名 _____

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

血清CRE _____ mg/dl CLcr _____ ml/min UGT1A1測定 未・済()

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。>