

抗がん剤プロトコール < FOLFIRI+P-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

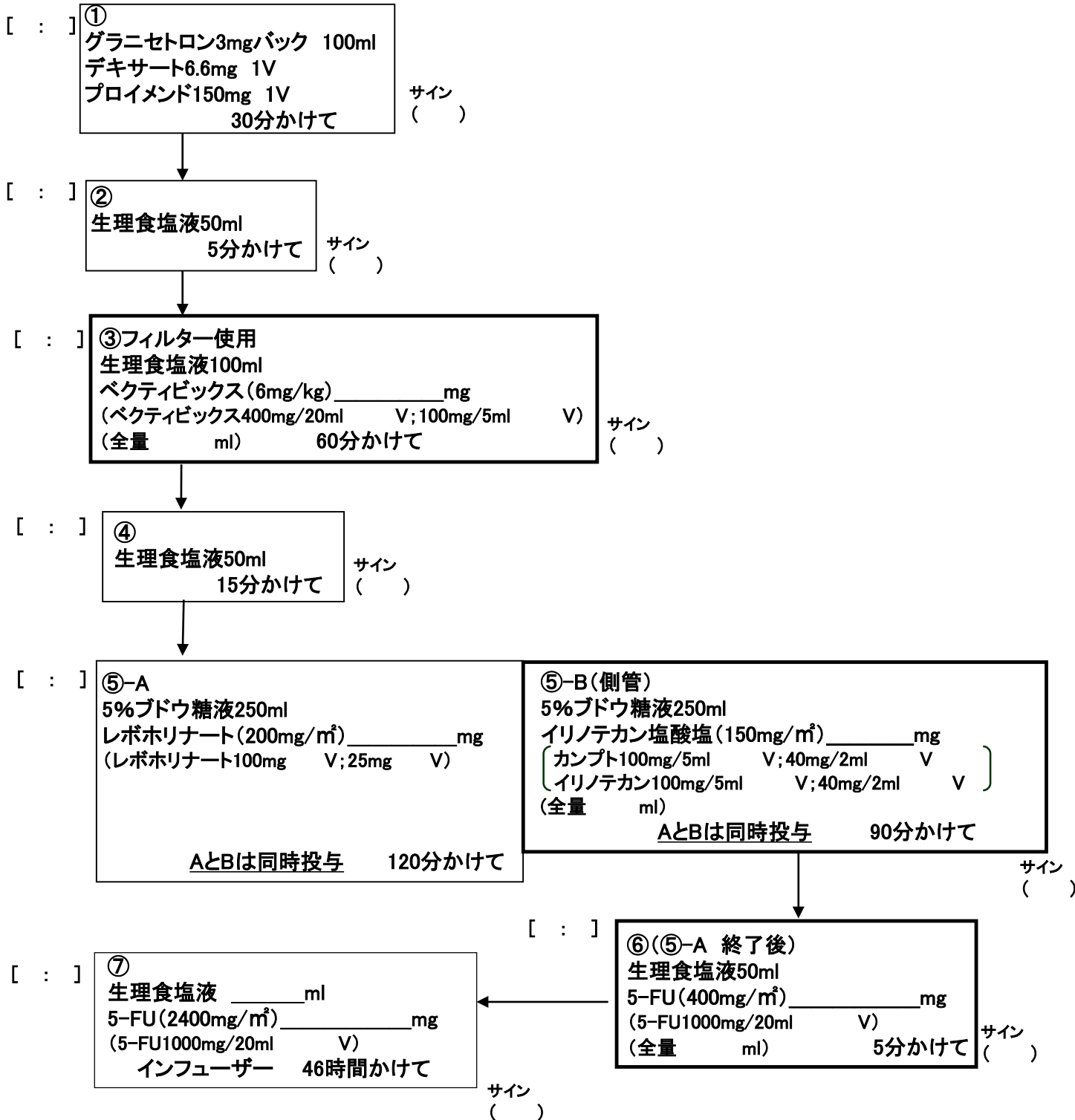
病名 _____

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

年 月 日 曜日 FOLFIRI+P-mab投与スケジュール(クール目)



【太枠内ケモセーフロック使用】

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。>