

# 抗がん剤プロトコール<FOLFIRI+ザルトラップ>

年 月 日

診療科・主治医 \_\_\_\_\_

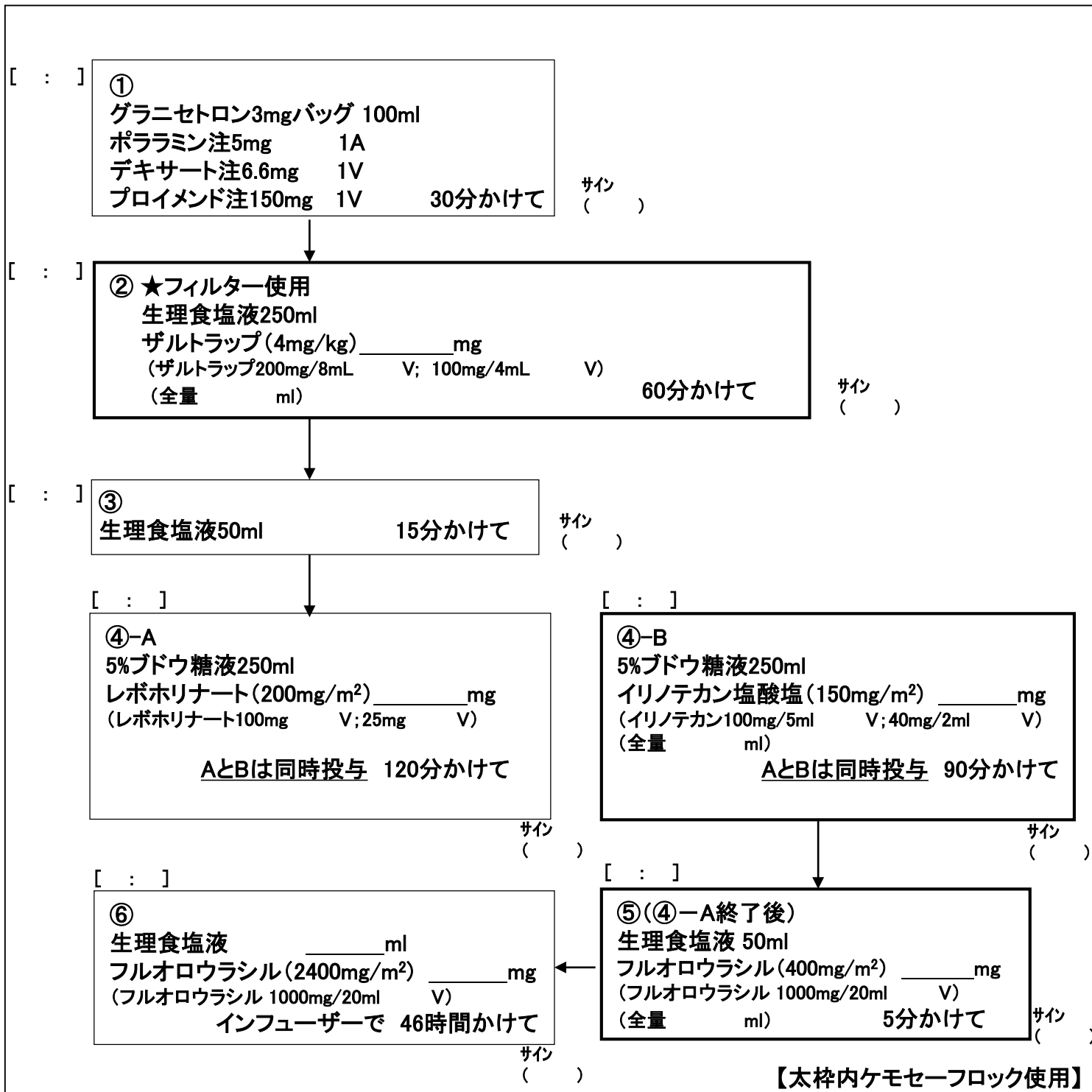
外来・入院( ) 患者ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

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 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



【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下さい>