

# 抗がん剤プロトコール< FEC75 >

年 月 日

診療科・主治医

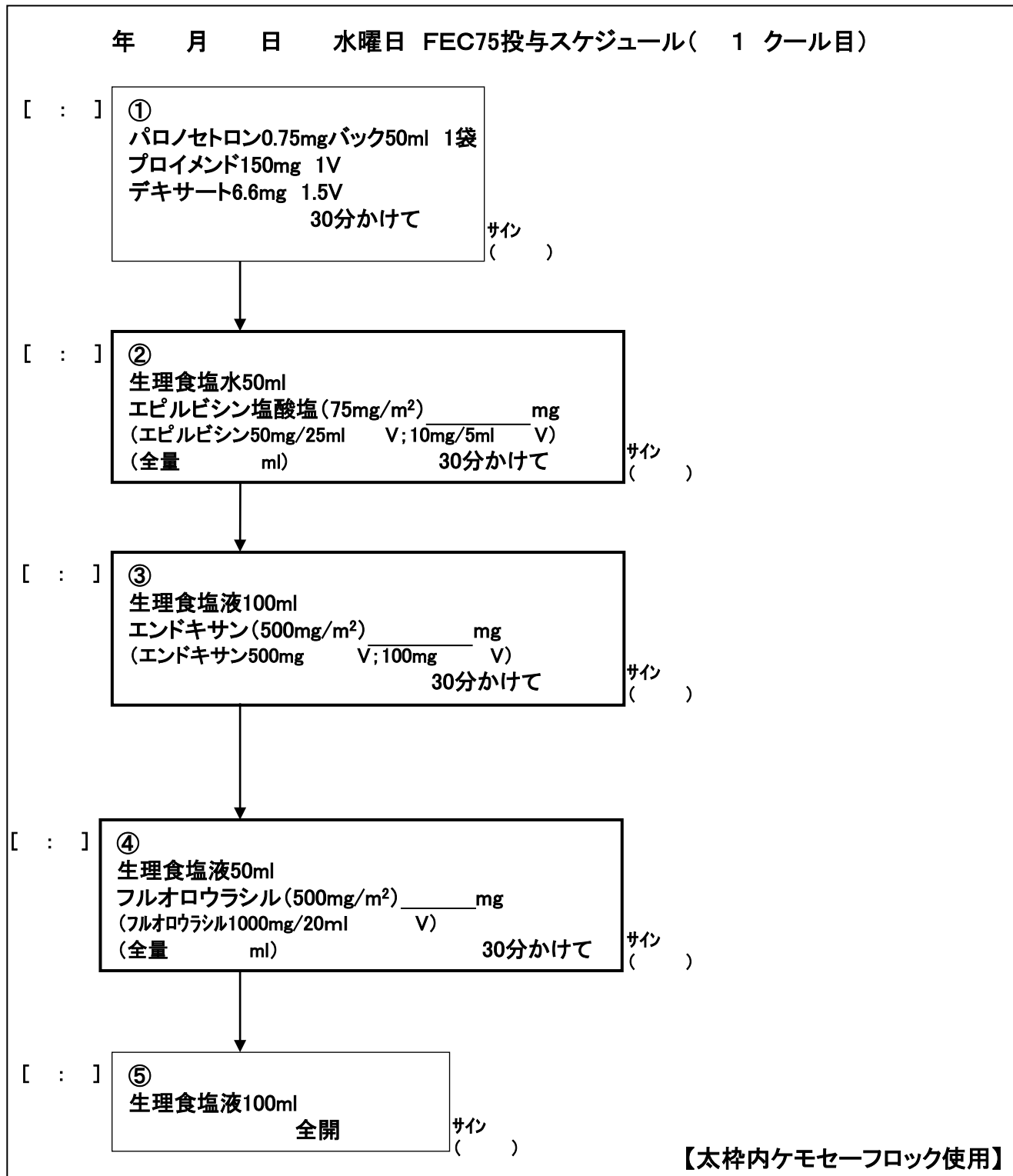
外来・入院( ) 患者ID 患者氏名 性別 女 年齢 歳

病名

身長 cm 体重 kg 体表面積 m<sup>2</sup> 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 21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。>