

抗がん剤プロトコール<TC>

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

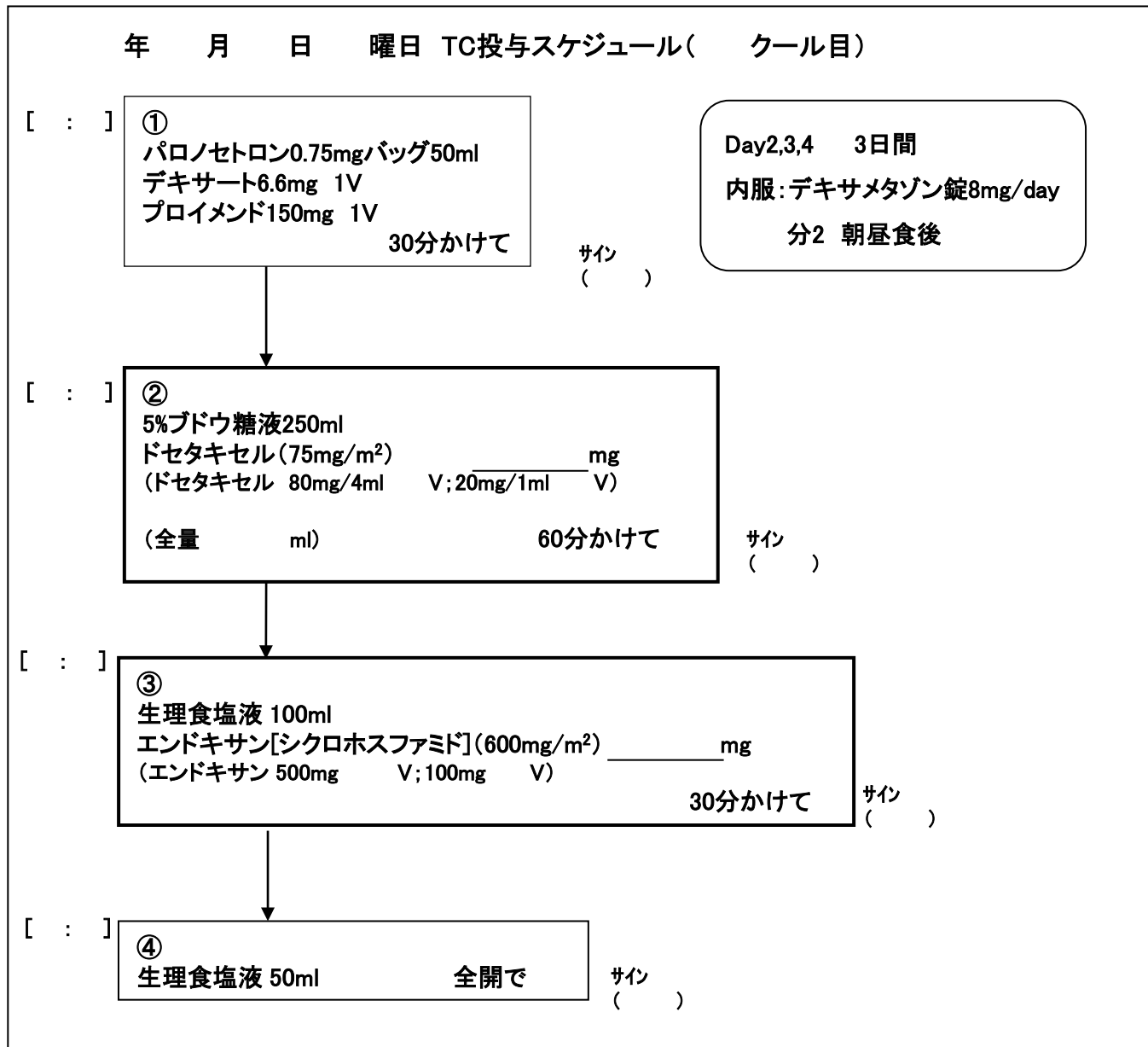
病名

身長 cm 体重 kg 体表面積 m² HBs抗原 -・+ HER2 -・+

血清CRE mg/dl CLcr ml/min アルコール過敏 -・+

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

内服処方 Day2~4 3日間 デキサメタゾン錠 8mg 分2 朝昼食後



確認薬剤師

【太枠内ケモセーフロック使用】

<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。>