

抗がん剤プロトコール<バベンチオ療法>

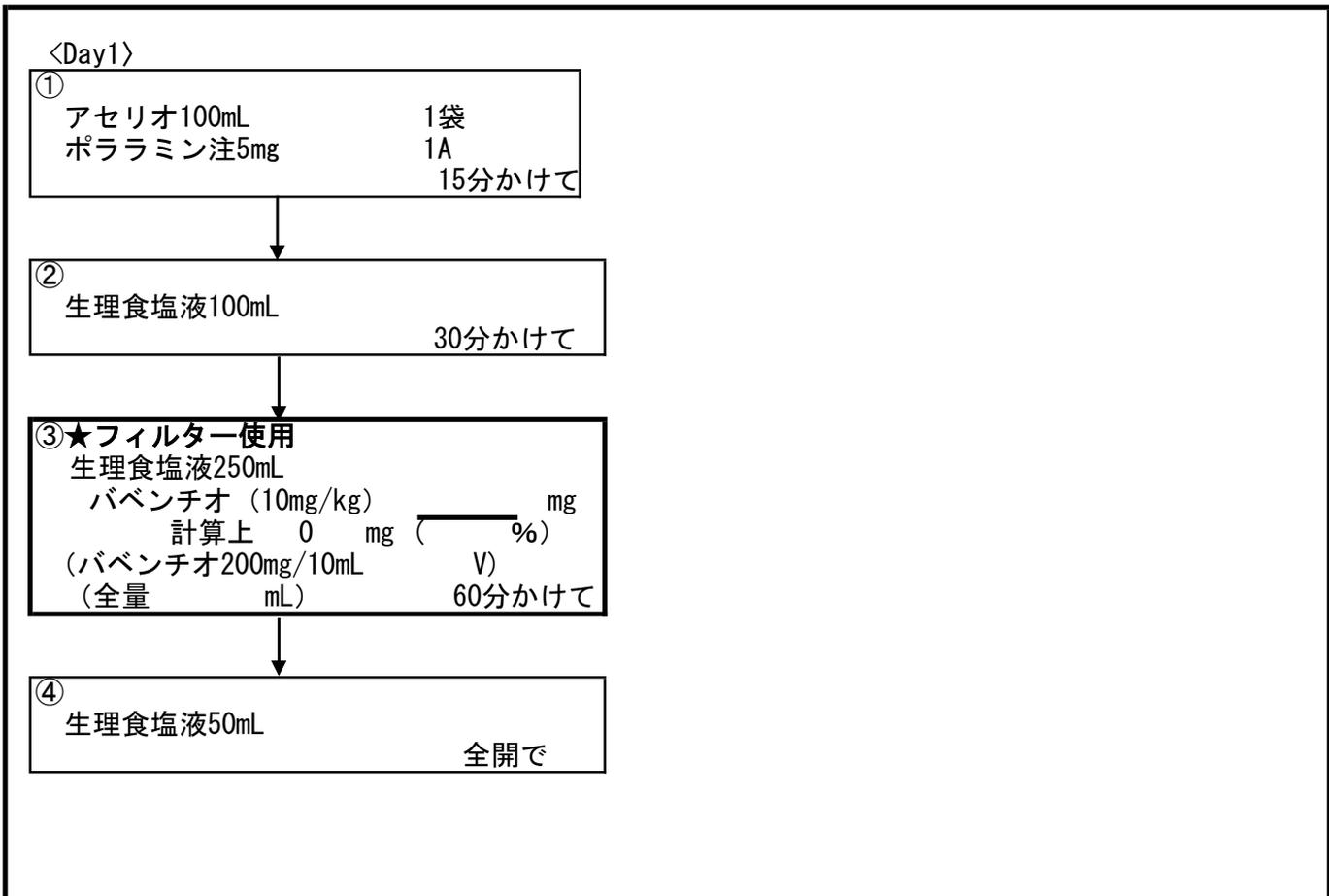
作成日

<医師入力項目> 黄色に塗りつぶされている所を入力して下さい (入力すると黄色マーカーが消えます)

<基本情報>

患者ID				患者氏名			HBs抗原	
年齢	歳	性別		身長		cm	HBs抗体	
体表面積		m ²		体重		kg	HBc抗体	
Ccr				mL/min				

病名									
投与開始日		年		月		日	曜日	主治医	
1クール	14	日	予定クール数						



確認薬剤師

--	--

【太枠内ケモセーフ使用】
<訂正箇所は赤字でお願いします>