

治療審査委員会申請書類

患者ID : _____

患者氏名				生年月日			年齢			性別			
診療科			区分	☐	階病棟	☐	外来	申請医師名					
診断名								Stage			Performance Status		
告知内容													
治療方法	プロトコール名		S1単独療法(4週投与2週休薬)							告知Grade			
投与計画	身長		cm		体重		kg		体表面積		m ²		
	血清クレアチニン				ml/dl		Cockcroft-Gault		GFR(糸球体濾過率)		性別無し ml/min		
	※女性には0.85を掛けています												
	S1 80 mg/日 1日2回 朝・夕食後 Day1～28												
	(BSA1.25m ² 未満 80mg/日 1.25～1.5m ² 未満 100mg/日 1.5m ² 以上 120mg/日)												
	4週間内服、2週間休薬を1クールとし、PDまで行う。												
	＜減量・増量の目安＞												
	S1初回量		減量				増量						
	40mg/回		休薬				50mg/回						
	50mg/回		40mg/回 → 休薬				60mg/回						
60mg/回		50mg/回 → 40mg/回 → 休薬				75mg/回							
※増量は1段階まで													
＜腎機能障害時の投与量変更例＞													
Ccr(ml/min)		≥80		60～80		30～60		<30					
		減量なし		初回投与量 (必要に応じて 1段階減量)		1段階以上 の減量投与 から開始		投与不可					
投与開始日 年 月 日													
併用薬の確認	併用禁忌：他のフッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍薬、フッ化ピリミジン系抗真菌薬 (投与されていないこと。及び投与中止後1週間以上経過していることを確認する) 併用注意：フェニトインの血中濃度上昇の恐れあり(中毒症状の発現)、 ワルファリンの作用増強させることがある凝固能変動注意												
B型肝炎check	HBs抗原 () ⇒ HBc抗体 (), HBs抗体 () ⇒ HBV核酸定量 0.9L.IU/ml ()												
予測される副作用と対処方針	食欲不振、下痢、皮膚色素沈着 血液検査では好中球減少、腎機能障害 重篤な有害事象出現した際は、減量、中止とする												
備考 注入ポンプ点 滴回路、フィル ター指定等	社会保険診療報酬支払基金「審査情報提供検討委員会」原則として食道癌に対して審査上認める												
採否	☐ 承認 ☐ 再検討 ☐ 不許可												

担当委員署名 _____

許可決定日時 年 月 日 有効期限 年 月 日