

治療審査委員会申請書類

患者ID : 0

患者氏名	0	生年月日		年齢	0	性別	0
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	UFT + LV療法(ユーエフティー/ホリナート★ユーゼル)	告知Grade	
------	---------	--------------------------------	---------	--

☐ 補助療法 身長 0 cm 体重 0 kg 体表面積 0 m²
☐ 進行・再発

ユーエフティー 300 mg (300mg/m²)

投与計画	※
	ユーエフティー 300 mg を、1日3回に分けて(約8時間ごとに)、 ホリナート 75 mgを、1日3回に分けてユーエフティーと同時に、食事の前後1時間を避けて経口投与する。 (ユーゼル)
	28日間服用し、その後7日間休薬する。これを1コースとして繰り返す。
	コース予定

※ <参考>1日の投与スケジュール

対表面積 (m ²)	UFT (mg/日)	1日の投与スケジュール(mg)		
		午前	午後	夜間
<1.17	300	100	100	100
1.17~1.49	400	200	100	100
1.50~1.83	500	200	200	100
>1.83	600	200	200	200

投与開始日 年 月 日
術後補助療法⇒終了予定 年 月

併用薬の確認	併用禁忌：他のフッ化ピリミジン系薬剤との併用(投与中止後1週間以上経過していることを確認する)
--------	---

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、嘔気など、その他皮膚色素沈着などの症状。 採血上は肝障害、好中球減少。 補助化学療法であるので、Grade2以上の副作用出現時は中止とする。
---------------	---

備考 注入ポンプ点 滴回路、フィル ター指定等	食事前後1時間を避けて経口投与すること。(食事の影響でAUC、Cmaxが変化するため)
----------------------------------	---

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