

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	ドセタキセル単独療法							告知Grade	
投与計画	身長		cm	体重		kg	体表面積		m ²	
	☐ 補助療法 ドセタキセル mg(75mg/m²) day1 インターバル3週 4コース 施行 ☐ 進行・再発 ドセタキセル mg(75mg/m²) day1 インターバル3週 病勢進行まで継続									

担当委員署名 _____

許可決定日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日