光晴会病院化学療法委員会
2018 年 10 月 9 日改訂

S-1（隔日）療法

患者番号：　　氏名：　　性別：
生年月日：　　年齢：

部位；　　（　胃・膵・胆　）
薬剤投与ルート；（　内服　）
開始年月日；　　年　　月　　日
投与間隔；　　月・水・金・日
体格；　身長＿＿＿＿ｃｍ　　体重＿＿＿ｋｇ　　体表面積＿＿＿＿㎡

使用薬剤；
① エスワンタイホウ＿＿＿＿＿mg/ 回　１日２回朝夕食後
（月・水・金・日）

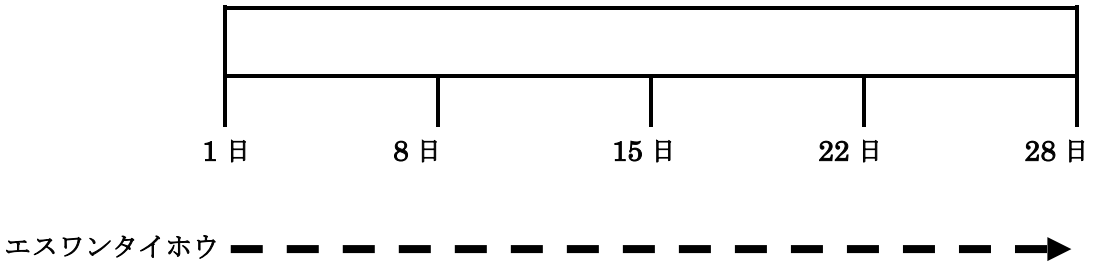
体表面積	初回基準量（テガフール相当量）
1.25 ㎡未満	40mg／回
1.25 ㎡以上～1.5 ㎡未満	50mg／回
1.5 ㎡以上	60 mg／回

※腎機能を考慮した上で初回基準量を調節

【処方が必要な内服薬】

エスワンタイホウ（）　錠　×朝夕食後

骨髄抑制、消化器症状、下痢に注意



☐HBs 抗原(＋) → 消化器内科紹介
☐HBs 抗原(－) → ☐HBs 抗体(－)and HBc 抗体(－)　☐HBV-DNA 定量(－) → 3 ヵ月毎 定量
☐HBs 抗体(＋)and/or HBc 抗体(＋) → ☐HBV-DNA 定量(＋) → 消化器内科紹介

指示医師サイン＿＿＿＿＿＿＿＿