

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)
薬液注入ルート； (内服)
開始年月日； _____ 年 _____ 月 _____ 日
投与間隔； 月・水・金・日
体格； 身長 _____ c m 体重 _____ k g 体表面積 _____ m²

使用薬剤；

① エスワнтаイホウ _____ mg/ day 月・水・金・日

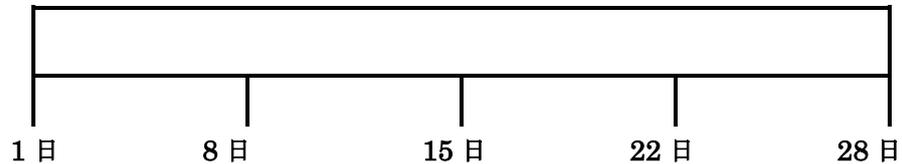
体表面積	初回基準量 (テガフル相当量)
1.25 m ² 未満	40mg/回
1.25 m ² 以上～1.5 m ² 未満	50mg/回
1.5 m ² 以上	60 mg/回

※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нтаイホウは必要に応じて処方を行ってください

骨髄抑制、消化器症状、下痢に注意



エスワнтаイホウ



- 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 _____