

# 【No.145】 S1 + DTX療法

病名 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (才)(男・女) ※化学療法承諾書要作成  
 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体表面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> PS 0・1・2・3・4  
 \_\_\_\_\_ 科 主治医 \_\_\_\_\_ 治療ライン \_\_\_\_\_ 次治療 服薬指導 依頼する・不要  
 HBs抗原(+)→HBV DNA( )、HBs抗原(-)→HBc抗体( ) HBs抗体( ) 確認医(科長) \_\_\_\_\_

**S1単独2投1休を1コース投与後開始。S1+DTX6コース終了後は、S1単独4投2休を手術後1年後まで繰り返す。**  
**中止・延期基準(適正使用情報より抜粋)**  
 ・好中球1000/mm<sup>3</sup>未満 ・血小板7.5万/mm<sup>3</sup>未満  
 ・AST,ALT100IU/L以上 ・血中ビリルビン1.5mg/dL以上  
 ・血清クレアチニン値1.2mg/dL以上  
 ・Grade2以上の消化器症状、非血液毒性  
**エスワン減量基準**  
 ・Ccr50-60:1段階減量  
 ・Ccr50未満:臨床試験から除外

右下の欄へ続く

コース	体重	D1	指示	受領	コース	体重	D1	指示	受領
1					6				
2									
3									
4									
5									

実施日	D1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21																				
	指示	受領	入力	実施	指示	受領	入力	実施	指示	受領	入力	実施	指示	受領	入力	実施	指示	受領	入力	実施	
①	●																				
②	●																				
③	●																				
④	(●)																				
内服:エスワン 1回 _____ mg 1日2回朝夕食後 14日分 (初日は夕食後より開始) 変更1:1回 _____ mg(変更日: _____) 変更2:1回 _____ mg(変更日: _____)	夕	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	朝

左上の欄より続き  
**エスワン投与量(1回量)**  
 体表面積  
 1.25m<sup>2</sup>未満 = 40mg  
 1.25-1.5m<sup>2</sup> = 50mg  
 1.5m<sup>2</sup>以上 = 60mg  
**※化学療法実施当日の2号紙に、実施の可否について記載すること。(記載確認後ミキシング開始となります。)**

3週毎 6コース(DTX:1投2休、S1:2投1休) 太枠内は原本に記入せず、カラーコピーして使用すること。