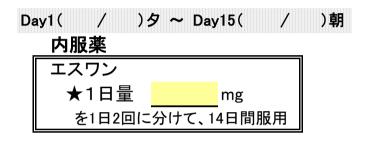
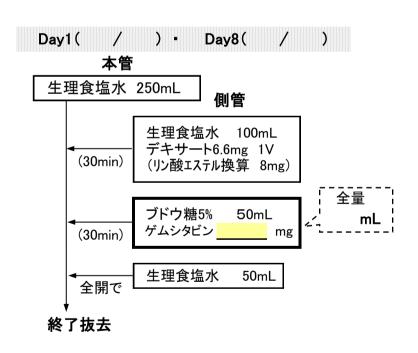
## 切除可能膵癌に対する S-1+GEM療法

(S-1+ゲムシタビン)

)RPHW DRPHW \

2020年08月17日 承認 Ph.sign Dr.sign Ns.sign 2020年08月18日 改訂(第2版) 体重 病棟•科名 登録番号 氏名 年齢 身長 体表面積  $m^2$ <<SYPID>> <<ORIBP KANJI>> 様 <<SYAGE>> cm 疾患名 施行予定日 実施サイクル 【調製指示(Day1)】 月 日 ~( )コース目 □調製可 □ TEL連絡後調製 コース予定 備考[標準投与量逸脱など 【調製指示(Day8)】 □調製可 □ TEL連絡後調製





## ※ ゲムシタビンは投与時間厳守!!

S-1+GEM療法

