

担当医/指導医		/	
目的	<input type="checkbox"/> 積極的治療		<input type="checkbox"/> 症状緩和
	<input type="checkbox"/> 術前補助		<input type="checkbox"/> 術後補助
告知程度	<input type="checkbox"/> 全告知 <input type="checkbox"/> 部分告知 <input type="checkbox"/> 未告知		
告知内容	<input type="checkbox"/> 癌(原発・再発・進行)		
	<input type="checkbox"/> 抗癌剤を使用する		
服薬指導	<input type="checkbox"/> 依頼する		
	看護師() 薬剤師()		
身長: cm 体重: Kg			
体表面積 m ²	HBV感染スクリーニング	<input type="checkbox"/> 確認済み	

非小細胞肺癌 イレッサ錠内服療法

投与開始日 年 月 日

EGFR遺伝子変異陽性の手術不能又は再発非小細胞肺癌

通常、成人にはゲフィチニブとして250mgを1日1回、経口投与する。

特記事項