

化学療法指示書

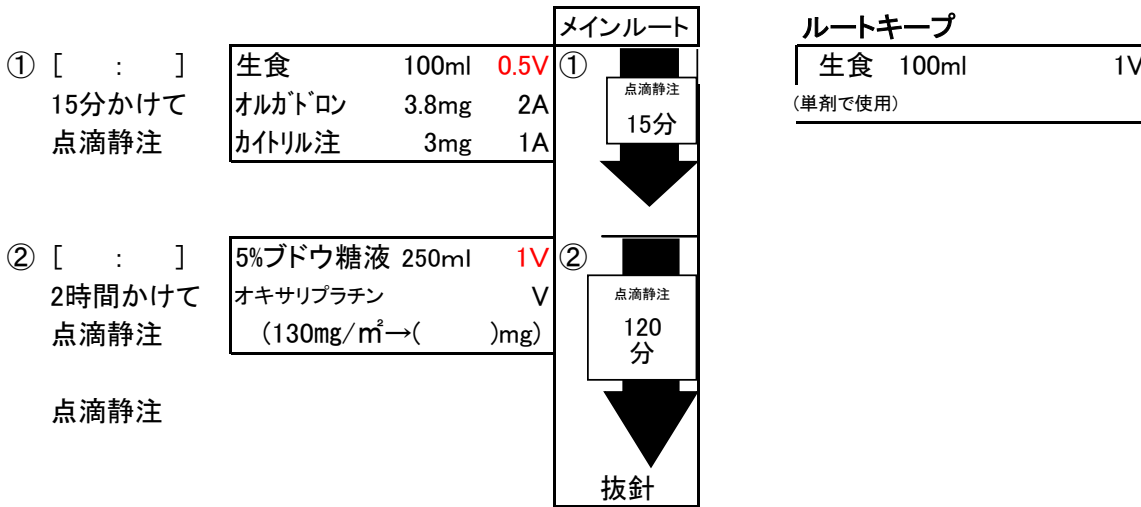
CapeOX療法

3週間に1回投与

(使用薬剤:カペシタビン、オキサリプラチン)

____年 ____月 ____日

ID:			
氏名	指示者	前回投与日	
身長: cm 体重: kg	体表面積	m ²	クール目



処方監査印	調剤印	監査印