

# 潰瘍性大腸炎に対する ベドリズムブ療法

(エンタイビオ)

DRPHW\_DRPHW\_V

2018年02月20日 申請

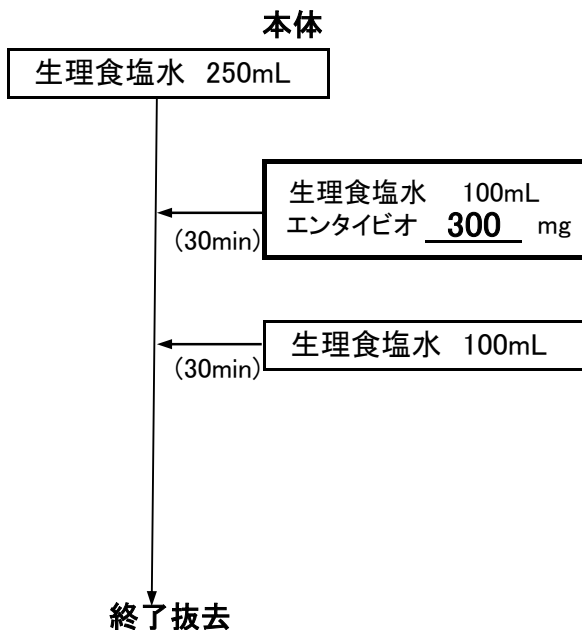
Dr.sign

Ns.sign

Ph.sign

病棟・科名	登録番号 <<SYPID>>	氏名 <<ORIBP_KANJI>>	年齢 様 <<SYAGE>>	身長 cm	体重 kg	体表面積 m <sup>2</sup>
疾患名	施行予定日 月 日 ~ ( )	実施サイクル コース目	コース予定	【調製指示(初日)】 <input type="checkbox"/> 調製可 <input type="checkbox"/> TEL連絡後調製		
備考[標準投与量逸脱など]						

Day1 ( / )



## エンタイビオ療法

### 標準投与量:

Vedolizumab 300 mg/body day1

初回投与後、2週、6週、以後8週毎