

ダサチニブ血中濃度測定申込書

フリガナ 申込者	病院		科		先生			
住所：								
TEL：								
FAX：								
e-mail：								
フリガナ 患者氏名：								
年齢：		歳	性別：		男・女	体重：		kg
						身長：		cm
採血日時：		年 月 日 時 分						
採血前日服薬日時：		月 日 時 分				1日投与量		mg × 回／日
採血前1週間の服用状況（把握できる範囲で構いません）								
日付	7 日前	6 日前	5 日前	4 日前	3 日前	2 日前	昨日	採血日
錠数	錠	錠	錠	錠	錠	錠	錠	採血後に服用
時間	：	：	：	：	：	：	：	
	☐ 飲み忘れた	☐ 飲み忘れた	☐ 飲み忘れた	☐ 飲み忘れた	☐ 飲み忘れた	☐ 飲み忘れた	☐ 飲み忘れた	
【臨床効果判定】								
【検査値】								
白血球数：		好中球：		ヘモグロビン：		血小板数：		赤血球数：
総タンパク：		AST：		ALT：		空腹時血糖：		血清Cr：
Alb：								
【併用薬剤】					【副作用等】			