

イマ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】			