

※申請時には下記太枠内の記入および根拠となる資料の提出をお願いします

レジメン名(略語):デュルバルマブ(4週間隔)		適応癌種:胆道癌	
入外区分: <input type="checkbox"/> 入院のみ <input checked="" type="checkbox"/> 入外	適応分類:	<input checked="" type="checkbox"/> 進行・再発	<input type="checkbox"/> 術前化学療法
		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 術後化学療法
内服併用: <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			

使用薬剤(内服併用の場合は内服薬剤も記載)

RP	薬品名(略号)	1日投与量	投与方法	投与時間	投与日(d1等)
1	イミフィンジ点滴静注 500mg/V	3V			
	生食100mL/V	1V	静注	60分	day1
1コースの日数:28日			通常総コース数:		
その他(特記事項)					