患者名　　様　　化学療法名　VRD療法　　指示医師署名：＿＿＿＿＿＿＿＿

ID

第□コース　　4週毎

治療開始日

化学療法指示

Regimen		
Bortezonib	1.3	mg/m^2, day 1, 8,15
Dexamethasone	40	mg/b, day 1,8,15
Lenalidomide	10	mg/day, day 1−21

① 薬剤投与量決定

年齢		才
身長		cm
実体重		kg
標準体重*	0.0	kg
体表面積	0.00	m^2
体表面積*	0.00	m^2
採用体表面積	0.00	m^2
ベルケイド用量		mg/m^2
Dex減量係数		
前治療係数		
eGFR		
レブラミド用量		mg/day

（レブラミドはeGFR依存的に減量する）

	算出値	処方量	
ベルケイド	0.00		mg
レナデックス(4)	0		錠
レブラミド(5)	0	0	cap

治療第1日

体温＿＿ SpO2＿＿
血圧＿＿ 脈拍＿＿

倦怠感	有・無
労作時息切れ	有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛	有・無
咳・喀痰	有・無
発疹	有・無
食欲不振	有・無
腹痛・嘔気	有・無
下痢	有・無
便秘	有・無
しびれ	有・無

看護師署名＿＿＿＿
治療実施　不可
医師署名＿＿＿＿

レブラミド　0 cap
分1、朝　day1−21

レナデックス　0 錠
分1、朝

ベルケイド　0.0 mg
生食　0.0 ml
皮下注射

治療第8日

体温＿＿ SpO2＿＿
血圧＿＿ 脈拍＿＿

倦怠感	有・無
労作時息切れ	有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛	有・無
咳・喀痰	有・無
発疹	有・無
食欲不振	有・無
腹痛・嘔気	有・無
下痢	有・無
便秘	有・無
しびれ	有・無

看護師署名＿＿＿＿
治療実施　不可
医師署名＿＿＿＿

レナデックス　0 錠
分1、朝

ベルケイド　0.0 mg
生食　0.0 ml
皮下注射

治療第15日

体温＿＿ SpO2＿＿
血圧＿＿ 脈拍＿＿

倦怠感	有・無
労作時息切れ	有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛	有・無
咳・喀痰	有・無
発疹	有・無
食欲不振	有・無
腹痛・嘔気	有・無
下痢	有・無
便秘	有・無
しびれ	有・無

看護師署名＿＿＿＿
治療実施　不可
医師署名＿＿＿＿

レナデックス　0 錠
分1、朝

ベルケイド　0.0 mg
生食　0.0 ml
皮下注射

chemo navi

今回は

第	1	2	3	4	5	6	7	8	サイクル

1月0日

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
ﾍﾞﾙｹｲﾄﾞ	●							●							●													
レブラミド	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●							
ﾚﾅﾃﾞｯｸｽ	●							●							●													

今回　　コース目　　登録番号　142

治療日：　　月　　日

化学療法指示書

Erlotinib + Bmab　療法

＜適応疾患＞
・非小細胞肺がん
（腺がん）

患者ID					
患者氏名				指示医師	
身長	cm	体重	kg	体表面積	

投与スケジュール

Day　1　　22 or 29

Erlotinib （タルセバ）
（150 mg/day）
＊ 休薬・減量基準：下記参照

Bevacizumab（アバスチン）
（15 mg/kg）

everyday → ・・・

↓ 3～4週毎　PDまで

生理食塩液　100mL
ルート確保・フラッシュ用

生理食塩液　100mL
アバスチン＿＿＿＿＿mg
（15mg/kg）
（ 総量 100mL とする ）

＊ アバスチン投与時間
1回目　：90分
2回目　：60分
3回目以降　：30分

投与開始基準

第1コースday1開始基準	タルセバ休薬基準	第2コース以降day1開始基準	
PS:0-2	AST/ALT≧100	PS:0-2	感染を伴う38℃以上の発熱がない
WBC≧3000	T-BIL≧1.5mg/dL	WBC≧3000またはNEU≧1500	間質性肺疾患ではない
PLT≧100000	PS≧3	PLT≧75000	発疹≦grade2
AST/ALT≦100	間質性肺炎≧grade1	AST/ALT≦100	(2+)以上の蛋白尿がない
T-BIL≦1.5mg/dL	発疹≧grade3	クレアチニン≦施設正常値上限	
クレアチニン≦1.2mg/dL	その他非血液毒性(※を除く)≧grade2	コントロール不良の高血圧がない	

タルセバ減量基準

項目	減量1回目	減量2回目
発疹≧grade3(主治医判断でgrade2でも)	100mg	50mg
下痢≧grade2		
ASTまたはALT≧200		
血液毒性≧grade3		
非血液毒性≧grade3		
その他(主治医判断)		

今回　　サイクル目

治療日：　　月　　日

登録番号　143

化学療法指示書

卵巣癌　CPT-11単剤　療法

患者ID					
患者氏名				指示医師	
身長	cm	体重	kg	体表面積	m^2

適応疾患

＊ 再発卵巣がん

投与スケジュール

Day（投与日）	1	8	15	22
	（　/　）	（　/　）	（　/　）	

イリノテカン
（　100　mg/m^2　）

4週ごと　投薬　（3週投薬　　1週休薬）

生理食塩液　100mL　ルート確保・フラッシュ用

本体①
グラニセトロン注(3mg/50mL)　1袋
デキサート（6.6mg）　1V
デキサート（1.65mg）　2A

↓ 15分

本体②
生理食塩液　500mL
イリノテカン　mg
（　100　mg/m^2）

↓ 90分

本体③
生理食塩液　100mL

↓ 15分

ポンプなし
急速滴下可

がん化学療法指示書

登録番号　144

作成日　2014/12/15

レジメン名	XELIRI+Bmab療法
診療科・対象疾患	（外）進行・再発大腸がん
投与間隔	3週毎
投与サイクル数	PDになるまで

Chemo Navi

薬剤名	成分名	投与量	投与日
ゼローダ	カペシタビン	1600mg/㎡	day1-14
アバスチン	ベバシズマブ	7.5mg/kg	day1
イリノテカン	イリノテカン	200mg/㎡	day1

治療内容

	滴下順	抗癌剤	薬剤（成分名）	投与量	時間	投与方法	投与スケジュール day1					day21
注射	Rp1		生理食塩液	100mL		ルート確保・フラッシュ用	●					
	Rp2		生理食塩液	100mL	15分	点滴静注メイン	●					
			アロキシ（パロノセトロン）	0.75mg								
			デキサート(デキサメタゾン）	6.6mg								
			アトロピン	0.5mg								
	Rp3		生理食塩液	100mL	90分 ※1	点滴静注メイン	●					
		癌	アバスチン（ベバシズマブ）	7.5mg/kg								
	Rp4		生理食塩液	50mL	45分 ※2	点滴静注メイン	●					
						フラッシュ用（アバスチンと同じ投与速度で投与）						
	Rp5		5%大塚糖液	250mL	90分	点滴静注メイン	●					
		癌	イリノテカン	200mg/㎡ ※3								
内服	ゼローダ（カペシタビン）：朝、夕食後30分以内に1日2回内服（day1～day14）day1 夕食後から内服開始											

その他必要薬剤	イメンド（アプレピタント）125mg：1cap分1　ルートキープ時に内服(day1） イメンド（アプレピタント）80mg：1cap分1　朝食後に内服（day2,3） デカドロン（デキサメタゾン）4mg：2錠分2　朝夕食後に内服(day2～4）
総投与時間	初回：4時間、2回目（忍容性良好の場合）：3時間15分、3回目以降（忍容性良好の場合）：2時間30分
血管外漏出リスク	アバスチン（ベバシズマブ）：非壊死性抗がん剤 イリノテカン：炎症性抗がん剤
投与時の注意事項	※1…アバスチン（ベバシズマブ）の投与速度…初回投与の忍容性が良好であれば2回目の投与時間は60分、3回目以降は30分まで短縮できる。 ※2…アバスチン（ベバシズマブ）と同じ投与速度で点滴を行う。
備考欄	【ゼローダ（カペシタビン）投与量(1回量）】 体表面積1.31㎡未満・・900mg 体表面積1.31㎡-1.69㎡・・1200mg 体表面積1.69㎡-2.07㎡・・1500mg 体表面積2.07㎡以上・・1800mg ※3…イリノテカンは、UGT1A1*6、*28のホモ接合体またはダブルヘテロの場合、150mg/㎡で投与する。

化学療法指示書

登録番号 145

CDDP ＋ VP-16 + cTRT　3週毎　4コース

ＩＤ:					
氏名				指示者	
身長	cm	体重	kg	体表面積	㎡

・小細胞肺癌

血清Cr:　　mg/dl　Ccr:　　ml/min(Cockcroft-Gault)

CDDP（cisplatin、シスプラチン）80mg/㎡= (　　)mg/body day1
VP-16.（etoposide、ラステット）100mg/㎡= (　　)mg/body day1,2,3
※放射線は、Day2より 1.5Gy×2回／日　Total 45 Gy

※内服薬
Day1：イメンド（125mg）　1cap ルートキープ時に
Day2、3：イメンド(80mg)　1cap 朝食後
Day4：デカドロン4mg　2錠　朝食後

コース目　　月　　日（day 1）

生理食塩液100ml　ルート確保・フラッシュ用

[　　]
生理食塩液　100mL
アロキシ(0.75mg)　1 A
デキサート (6.6mg)　1 A
デキサート (1.65mg)　2 A

15分

ルートキープ時に
イメンド(125mg)　1 cap内服

[　　]
生理食塩液 250mL
ラステット　(　　)mg

60分

[　　]
KN3号 500mL
マグネゾール　0.5 A

90分

[　　]
KN3号 500 mL

90分

[　　]
20%マンニットール300mL

30分

[　　]
フロセミド20 mg 静注
（20%マンニットール終了後、i.v.）

[　　]
生理食塩液　500mL
シスプラチン　(　　)mg
（全量500mLとする）

120分

[　　]
生理食塩液 500mL

90分

[　　]
KN3号500mL

90分

コース目　　月　　日(day 2)、　　月　　日(day 3)

生理食塩液100ml　ルート確保・フラッシュ用

[　　]

生理食塩液　100mL
デキサート(6.6mg)　1 A
デキサート(1.65mg)　2 A

15分

[　　]

生理食塩液 250mL
ラステット　(　　)mg

60分

◆ 嘔気時:(開始後28日目)まで　適宜下記を投与
1)グラニセトロン注(3mg/50mL) 1袋＋エリーテン(10 mg) 1A　点滴静注(30分)
(1日に2回まで)
2)生食100 mL＋デキサート(6.6mg)1A＋エリーテン(10 mg)1A　点滴静注(60分)
(1日に1回まで)

◆投与開始基準

1コース目開始基準	2コース目以降開始基準
PS:0-2	PS:0-2
WBC≧4000 /μL	WBC≧4000 /μL
好中球≧2000 /μL	好中球≧2000 /μL
Hb≧9.5 g/dl	
Plt≧100000 /μL	Plt≧100000 /μL
AST≦95	AST≦95
ALT≦110	ALT≦110
感染を伴う38℃以上の発熱がない	感染を伴う38℃以上の発熱がない

◆化学療法の休止もしくは投与量変更の基準

血小板数、白血球数及び好中球数の最低値	CDDP	ETOP
WBC＜1000 /μL	変更なし	80mg/m2へ減量
Plt＜20000 /μL	変更なし	80mg/m2へ減量
好中球数＜1000 /μL＋38℃以上の発熱	変更なし	80mg/m2へ減量
血清クレアチニンが正常値の1.5倍以上 (2.1mg/dl以上)	60mg/dlへ減量	変更なし

化学療法指示書

登録番号 146

CBDCA ＋ VP-16 + cTRT　3週毎　4コース

ＩＤ:					
氏名				指示者	
身長	cm	体重	kg	体表面積	㎡

・小細胞肺癌

血清Cr:　　mg/dl　Ccr:　　ml/min(Cockcroft-Gault)

CBDCA（carboplatin、カルボプラチン）AUC 5 ×（Ccr + 25）= (　　)mg/body day1
VP-16（etoposide、ラステット）80mg/㎡= (　　)mg/body day1,2,3
※放射線は、Day2より 1.5Gy×2回／日　Total 45 Gy

コース目　　月　　日（day 1）

生理食塩液100ml　ルート確保・フラッシュ用

[　　]
生理食塩液　100mL
デキサート（6.6mg）　1 A
デキサート（1.65mg）　2 A
アロキシ(0.75mg)　1 A

15分

[　　]
生理食塩液 250mL
ラステット　(　　)mg

60分

[　　]
生理食塩液 250mL
カルボプラチン　(　　)mg

60分

コース目　　月　　日（day 2）、　　月　　日（day 3）

生理食塩液100ml　ルート確保・フラッシュ用

[　　]
生理食塩液　100mL
デキサート（6.6mg）　1 V

15分

[　　]
生理食塩液 250mL
ラステット　(　　)mg

60分

◆ 嘔気時：（開始後28日目）まで適宜下記を投与
1）グラニセトロン注(3mg/50mL) 1袋＋エリーテン(10 mg) 1A　点滴静注(30分)
(1日に2回まで)
2）生食100 mL＋デキサート(6.6mg) 1A＋エリーテン(10 mg)1A　点滴静注(60分)
(1日に1回まで)

◆投与開始基準

1コース目 Day1	2コース目以降の day1
PS:0-2	PS:0-2
WBC≧4000 / μL	WBC≧4000 / μL
好中球≧2000 / μL	好中球≧2000 / μL
Hb≧9.5 g/dl	
Plt≧100000 / μL	Plt≧100000 / μL
AST≦95	AST≦95
ALT≦110	ALT≦110
感染を伴う38℃以上の発熱がない	感染を伴う38℃以上の発熱がない

◆化学療法の休止もしくは投与量変更の基準

血小板数、白血球数及び好中球数の最低値	CBDCA	ETOP
WBC < 1000 / μ L	変更なし	20mg/㎡ずつ減量
Plt < 20000 / μ L	変更なし	20mg/㎡ずつ減量
好中球数 < 1000 / μ L + 38℃以上の発熱	変更なし	20mg/㎡ずつ減量
血清クレアチニンが正常値の1.5倍以上(2.1mg/dl以上)	AUC4(or4.5)へ減量	変更なし

今回　　サイクル目

登録番号　147

治療日：　　月　　日

化学療法指示書

nab-PTX + GEM　　療法

要 輸血同意書
特定生物由来製品請求・使用管理簿

患者ID					
患者氏名				指示医師	
身長	cm	体重	kg	体表面積	m^2

適応疾患

※局所進行を除く
進行性膵癌

投与スケジュール

Day （投与日）	1 （　/　）	8 （　/　）	15 （　/　）	22	29
nab-paclitaxel （　125　mg/m^2　）	↓	↓	↓		↓
gemcitabine （　1000　mg/m^2　）	↓	↓	↓		↓

4 週ごと　投薬（　3 週投与　1 週休薬）

生理食塩液100ml　ルート確保・フラッシュ用

[　　:　　]

本体①
生理食塩液　100mL
アロキシ（0.75mg）　1V
デキサート（6.6mg）　1V

↓ 15 分

[　　:　　]

本体②
生理食塩液　※　mL
※溶解に必要な量のみ使用
（生理食塩液100mlのボトル使用）
アブラキサン　mg
（　125　mg/m^2）

↓ 30 分

[　　:　　]

本体③
生理食塩液　50mL

↓ 15 分

[　　:　　]

本体④
生理食塩液　100mL
ゲムシタビン　mg
（　1000　mg/m^2）
（総量100mL に）

↓ 30 分

①コース内投与(Day8,15)の目安

投与前日または当日に「①コース内投与(Day8,15)の目安」をすべて満たすことを確認して投与を開始してください。満たさない場合、Day8またはDay15の投与をスキップします。投与量は「②減量の目安」と「③コース内投与量調整(Day8,15)の目安」を合わせて確認して決定して下さい。

項目	基準
好中球数	>1,000/mm³ *1
血小板数	≧50,000/mm³
発熱性好中球減少症	認めない
口腔粘膜炎 下痢	≦Grade2 または 前コースで≧Grade3が発現した場合：≦Grade1に回復後
末梢神経障害*2	

*1 添付文書では、Day8、15において好中球数500/mm³～1,000/mm³で投与可能となっています。好中球数500/mm³～1,000/mm³で投与する場合は減量に考慮し、慎重に投与して下さい。
*2 アブラキサン投与の際に確認する項目です。
注）左記以外の事象が発現し、医師が必要と判断した場合は投与をスキップできます。

②減量の目安

前回投与後、「②減量の目安」に該当する有害事象が認められた場合は、「①コース内投与(Day8,15)の目安」、または「④次コース開始(Day1)の目安」に回復していることを確認し、<減量の目安：C法>を参考に投与量を減量します。一度、「②減量の目安」に該当し、投与量を減量した場合、投与量を戻すことはできません。

項目	減量の目安	次回投与時
好中球数	<500/mm³が7日以上継続	1段階減量
血小板数	<50,000/mm³	1段階減量
発熱性好中球減少症	発現(≧Grade3)	1段階減量
末梢神経障害	≧Grade3*3	アブラキサンのみ1段階減量
皮疹	Grade2/3*4	1段階減量
口腔粘膜炎 下痢	≧Grade3	1段階減量

*3 ≦Grade2でも減量を考慮してください。乳癌の使用成績調査において減量や処置等により軽快・回復した症例が認められています。
*4 皮疹はGrade2、3でもアブラキサン、ゲムシタビンの投与量を減量して投与可。
注）左記以外の事象が発現し、医師が必要と判断した場合は、投与量を減量できます。

③コース内投与量調整(Day8,15)の目安

「③コース内投与量調整(Day8、15)の目安」を確認し、目安に応じてDay8あるいはDay15 の投与量を調整して投与します。一度、投与量を調整した場合でも、次コース開始時に「②減量の目安」、「④次コース開始(Day1)の目安」に該当しない場合は投与量を調整前投与量に戻すことができます。

Day8		
投与前血液検査		投与量調整
①	好中球数 >1,000/mm³かつ 血小板数 ≧75,000/mm³	投与量変更なし
②	好中球数 >1,000/mm³ *5 かつ 血小板数 ≧50,000/mm³、<75,000/mm³	1段階下げて投与
③	好中球数 ≧500/mm³、≦1,000/mm³かつ 血小板数 ≧50,000/mm³	投与スキップ
④	好中球数 <500/mm³または 血小板数 <50,000/mm³	

*5 添付文書では、Day8、15において好中球数500/mm³～1,000/mm³で投与可能となっています。好中球数500/mm³～1,000/mm³で投与する場合は投与量の調整を考慮し、慎重に投与して下さい。

Day15		
投与前血液検査	Day8の 血液検査の結果	投与量調整
好中球数 >1,000/mm³かつ 血小板数 ≧75,000/mm³	①投与量変更なし	投与量変更なし
	②1段階下げて投与	調整前投与量に戻して投与可
	③投与スキップ	投与量変更なし
	④投与スキップ	1段階下げて投与
好中球数 >1,000/mm³ *5 かつ 血小板数 ≧50,000/mm³、<75,000/mm³	①投与量変更なし	投与量変更なし
	②1段階下げて投与	Day8の投与量を維持して投与
	③④投与スキップ	1段階下げて投与
好中球数 ≦1,000/mm³ *5 または 血小板数 <50,000/mm³	①～④の場合	投与スキップ

✔ Day8またはDay15に同時に「減量の目安」と「コース内投与量調整(Day8,15)の目安」の両方に該当した場合は、アブラキサン、ゲムシタビンの投与量を減量し、有害事象が回復しても投与量を減量前に戻しません。
✔ Day8で一度、「減量の目安」に該当し投与量を減量した後に、同一コースにて「コース内投与量調整(Day8,15)の目安」に該当する場合は、更なる減量は必須ではありません。

④次コース開始(Day1)の目安

各コースの開始前日または当日に「④次コース開始(Day1)の目安」をすべて満たすことを確認して投与を開始して下さい。満たさない場合はDay1投与を延期し、回復したことを確認してコースを開始して下さい。投与量は「②減量の目安」も合わせて確認して決定して下さい。

項目	基準
好中球数	≧1,500/mm³
血小板数	≧100,000/mm³
AST(GOT)、ALT(GPT)	≦ULN*6×2.5倍
発熱性好中球減少症	認めない
口腔粘膜炎 下痢	≦Grade2 または 前コースで≧Grade3が発現した場合：≦Grade1に回復後
末梢神経障害*7	

*6 ULN：(施設)基準値上限
*7 アブラキサン投与の際に確認する項目です。
注）左記以外の事象が発現し、医師が必要と判断した場合は投与を延期できます。

〈減量の目安：C法〉

減量段階	アブラキサン	ゲムシタビン
通常投与量	125mg/m²	1,000mg/m²
1段階減量	100mg/m²	800mg/m²
2段階減量	75mg/m²	600mg/m²

国内第I/II相試験(J-0107試験)を参考に作成

副作用等による体重減少がある場合には、本剤の投与量の見直しを図って下さい。

副作用の発現状況、その程度により投与量の減量を検討して下さい。

今回　　サイクル目

治療日：　　月　　日

登録番号　　148

化学療法指示書

T-DM1　　療法

患者ID					
患者氏名				指示医師	
身長	cm	体重	kg	体表面積	m^2

適応疾患

＊HER2陽性の手術不能又は再発乳がん 2nd line以降

（トラスツマブ及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による化学療法治療歴のある患者に投与）

投与スケジュール

Day（投与日）	1（　/　）	8	15	22（　/　）

Trastuzumab emtansine
（　3.6　　mg/kg ）

3週ごと　投薬

生理食塩液100mL　ルート確保・フラッシュ

※フィルター付きルート要

[　　：　　]

本体①
生理食塩液　　100mL

15分

[　　：　　]

本体②
生理食塩液　　250mL
カドサイラ　　mg
（　3.6　mg/kg）

90分※

※カドサイラ
初回投与の忍容性が良好であれば2回目以降の投与時間は30分まで短縮できる

注）
1サイクル：　day8付近（day6～8）
血小板数及び肝機能検査値の測定
異常が認められた場合は
次のサイクル投与時に
減量、中止、休薬
以降、各サイクルのday1に検査

減量段階	投与量
通常投与量	3.6mg/kg
1段階減量	3.0mg/kg
2段階減量	2.4mg/kg
3段階減量	投与中止

今回　　サイクル目

治療日：　　月　　日

登録番号　　149

化学療法指示書

エリブリン　　療法

患者ID			アルコール過敏症：		
患者氏名				指示医師	
身長	cm	体重	kg	体表面積	m^2

適応疾患

＊ 手術不能または再発乳がん

投与スケジュール

Day（投与日）	1（　/　）	8（　/　）	15	22（　/　）
Eribulin（1.4 mg/m^2）	↓	↓		↓

3週ごと　投薬　（2週投薬　　1週休薬）

生理食塩液100ml　ルート確保・フラッシュ用

[　　：　　]

本体①
生理食塩液　100mL
デキサート（6.6mg）　1V

↓ 15分

[　　：　　]

本体②
生理食塩液　50mL
ハラヴェン　mg
（　1.4　mg/m^2）

↓ 5分

[　　：　　]

本体③
生理食塩液　100mL

↓ 全開

ハラヴェン　各サイクル1週目

前サイクルにおいて下記の副作用が発現した場合、減量した上で投与

- ●7日間を超えて持続する好中球数減少（＜500/mm^3）
- ●発熱または感染症を伴う好中球減少（＜1000/mm^3）
- ●血小板減少（＜25000/mm^3）
- ●輸血を要する血小板減少（＜25000/mm^3）
- ●Grade3異常の非血液毒性
- ●副作用等により、2週目に休薬した場合

ハラヴェン減量の目安

減量前の投与量	→	減量後の投与量
1.4mg/m^2	→	1.1mg/m^2
1.1mg/m^2	→	0.7mg/m^2
0.7mg/m^2	→	投与中止を考慮

今回　　サイクル目　　登録番号　150

治療日：　　月　　日

化学療法指示書

エリブリン+ Tmab　　療法

患者ID			アルコール過敏症：		
患者氏名				指示医師	
身長	cm	体重	kg	体表面積	m^2

適応疾患

＊ HER2陽性の手術不能又は再発乳がん

投与スケジュール

Day（投与日）	1（　/　）	8（　/　）	15	22（　/　）
Eribulin（1.4 mg/m^2）	↓	↓		↓
Trastuzumab（6 mg/kg）（初回のみ：8mg/kg）	↓			↓

3週ごと　投薬　（2週投薬　　1週休薬）

生理食塩液100ml　ルート確保用

[　　：　　]

本体①
生理食塩液　100mL
デキサート（6.6mg）　1V

↓ 15分

[　　：　　]

本体②
生理食塩液　250mL
トラスツズマブBS　　mg
（　6　mg/kg）

↓ 90分

[　　：　　]

本体③
生理食塩液　50mL
ハラヴェン　　mg
（　1.4　mg/m^2）

↓ 5分

[　　：　　]

本体④
生理食塩液　100mL

↓ 全開

（初回のみ：8mg/kg
生理食塩液250mL　1V
トラスツズマブBS　＿＿＿＿mg）

※トラスツズマブBS
初回投与の忍容性が良好であれば2回目以降の投与時間は30分まで短縮できる

ハラヴェン　各サイクル1週目

前サイクルにおいて下記の副作用が発現した場合、減量した上で投与
- ●7日間を超えて持続する好中球数減少（＜500/mm^3）
- ●発熱または感染症を伴う好中球減少（＜1000/mm^3）
- ●血小板減少（＜25000/mm^3）
- ●輸血を要する血小板減少（＜25000/mm^3）
- ●Grade3異常の非血液毒性
- ●副作用等により、2週目に休薬した場合

ハラヴェン減量の目安

減量前の投与量	→	減量後の投与量
1.4mg/m^2	→	1.1mg/m^2
1.1mg/m^2	→	0.7mg/m^2
0.7mg/m^2	→	投与中止を考慮

今回　　サイクル目　　登録番号　151

治療日：

化学療法指示書

5FU＋CDDP（FP）療法

適応疾患

＊ 転移性再発食道がん[注1]
＊ stage Ⅱ、Ⅲ食道がん術前[注2]

患者ID					
患者氏名				指示医師	
身長	cm	体重	kg	体表面積	m^2

投与スケジュール

Day（投与日）	1	2	3	4	5	22＊	29
5-FU（ 800 mg/m^2 ）	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
CDDP（ 80 mg/m^2 ）	↓					↓	↓

注1：4週ごと繰り返し
注2：3週毎　2サイクル

Day1:

生理食塩液100ml　ルート確保用

本体①　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　0　mg
（400mg/㎡）

12時間

本体②　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　0　mg
（400mg/㎡）

12時間

90分

側①　[　：　]
ソリタT3　500mL

90分

側②　[　：　]
ソリタT3　500mL

30分

側③　[　：　]
生理食塩液　100mL
プロイメンド　1V

30分

側④　[　：　]
生理食塩液　100mL
アロキシ　1V
デキサート（6.6mg）　1V
デキサート（1.65mg）　2A

3時間

側⑤　[　：　]
生理食塩液　500mL
ランダ　mg
（80mg/㎡）
(入院は後発品：ｼｽﾌﾟﾗﾁﾝ)

90分

側⑥　[　：　]
ソルアセトF　500mL

90分

側⑦　[　：　]
ソルアセトF　500mL

2時間

側⑧　[　：　]
20%マンニットール　300mL

Day2：

本体①　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　0　mg
(400mg/㎡)

12時間

本体②　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　0　mg
(400mg/㎡)

30分

側①　[　：　]
生理食塩液　100mL
デキサート(6.6mg)　1V

2時間

側②　[　：　]
ソリタT3　500mL

2時間

側③　[　：　]
ソリタT3　500mL

Day3：

本体①　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　0　mg
(400mg/㎡)

12時間

本体②　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　0　mg
(400mg/㎡)

12時間

30分

側①　[　：　]
生理食塩液　100mL
デキサート(6.6mg)　1V

2時間

側②　[　：　]
ソリタＴ３　500mL

2時間

側③　[　：　]
ソリタＴ３　500mL

Day4：

本体①　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　0　mg
(400mg/㎡)

12時間

本体②　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　0　mg
(400mg/㎡)

12時間

30分

側①　[　：　]
生理食塩液　100mL
デキサート(6.6mg)　1V

2時間

側②　[　：　]
ソリタＴ３　500mL

2時間

側③　[　：　]
ソリタＴ３　500mL

Day5：

本体①　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　0　mg
(400mg/㎡)

12時間

本体②　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　0　mg
(400mg/㎡)

12時間

30分

側①　[　：　]
生理食塩液　100mL
デキサート(6.6mg)　1V

2時間

側②　[　：　]
ソリタＴ３　500mL

2時間

側③　[　：　]
ソリタＴ３　500mL

※最後に生理食塩液100mlで5分フラッシュする

今回　　サイクル目　　登録番号　152

治療日：

化学療法指示書

5FU＋CDDP（FP）＋CRT 療法

適応疾患

＊ 食道がん

患者ID					
患者氏名				指示医師	
身長	cm	体重	kg	体表面積	m^2

投与スケジュール

Day（投与日）	1	2	3	4	29	30	31	32
5-FU（700 mg/m^2）	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
CDDP（70 mg/m^2）	↓				↓			

4週ごと繰り返し

○放射線併用：total 60gy（1～5、8～12、15～19、22～26、29～33、36～40）

Day1:

生理食塩液100ml　ルート確保用

本体①　[　:　]
生理食塩液　500mL
5-FU　mg
（350mg/㎡）

12時間

本体②　[　:　]
生理食塩液　500mL
5-FU　mg
（350mg/㎡）

12時間

90分
側①　[　:　]
ソリタT3　500mL

90分
側②　[　:　]
ソリタT3　500mL

30分
側③　[　:　]
生理食塩液　100mL
プロイメンド　1V

30分
側④　[　:　]
生理食塩液　100mL
アロキシ　1V
デキサート（6.6mg）　1V
デキサート（1.65mg）　2A

3時間
側⑤　[　:　]
生理食塩液　500mL
シスプラチン　mg
（70mg/㎡）

90分
側⑥　[　:　]
ソルアセトF　500mL

90分
側⑦　[　:　]
ソルアセトF　500mL

2時間
側⑧　[　:　]
20%マンニットール　300mL

Day2：

本体①　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　mg
(350mg/㎡)

12時間

本体②　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　mg
(350mg/㎡)

12時

30分

側①　[　：　]
生理食塩液　100mL
デキサート(6.6mg)　1V

2時間

側②　[　：　]
ソリタT3　500mL

2時間

側③　[　：　]
ソリタT3　500mL

Day3：　1月2日

本体①　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　mg
(350mg/㎡)

12時間

本体②　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　mg
(350mg/㎡)

12時間

30分

側①　[　：　]
生理食塩液　100mL
デキサート(6.6mg)　1V

2時間

側②　[　：　]
ソリタＴ３　500mL

2時間

側③　[　：　]
ソリタＴ３　500mL

Day4：

本体①　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　mg
(350mg/㎡)

12時間

本体②　[　：　]
生理食塩液　500mL
5-FU　mg
(350mg/㎡)

12時間

30分

側①　[　：　]
生理食塩液　100mL
デキサート(6.6mg)　1V

2時間

側②　[　：　]
ソリタＴ３　500mL

2時間

側③　[　：　]
ソリタＴ３　500mL

※生理食塩液100ml　5分フラッシュする

今回　　サイクル目

治療日：　　月　　日

登録番号　153

化学療法指示書

CBZ　　療法

初回　：　入院での投与を必須とする
（初回の経過により次回以降の投与も入院での投与を考慮すること！）

患者ID			アルコール過敏症		
患者氏名				指示医師	
身長	cm	体重	kg	体表面積	m^2

適応疾患

＊　前立腺がん

投与スケジュール

Day（投与日）	1	22
Cabazitaxel（　25　mg/m^2　）	↓	↓

3週ごと

[　　：

本体①
グラニセトロン注(3mg/50mL)　1袋
デキサート（6.6mg）　1V
ファモチジン（20mg）　1A
ポララミン　1A

↓ 15分

※フィルター付きルート要

【内服薬】　：　プレドニン連日経口投与

プレドニン錠　10mg　　分1（朝食後）
連日投与

[　　：

本体②
生理食塩液　100 mL

↓ 30分

[　　：

本体③
生理食塩液　250 mL
ジェブタナ　　mg
（　25　mg/m^2）

↓ 60分

CBZ投与量	輸液バック容量
＜25mg	100mL
25～65mg	250mL
＞65mg	500mL

ジェブタナ投与翌日（24時間開けて）ジーラスタ併用
day4・8に採血（CBC・白血球分類・生化学）
WBC＜1000/μLで体温37.5℃以上はFNとして治療開始する

下記の点を必ず確認し、該当しない場合には、他の治療法を検討すること！

チェック項目	適応	投与禁忌	
重篤な骨髄抑制のある患者	□ いいえ	□ はい	本剤の投与は禁忌！！ 他の治療法を検討
感染症を合併している患者	□ いいえ	□ はい	
発熱を有し、感染症の疑われる患者	□ いいえ	□ はい	
肝機能障害を有する患者	□ いいえ	□ はい	
本剤又はポリソルベート８０含有製剤に対し重篤な過敏症の既往歴のある患者	□ いいえ	□ はい	

チェック項目	適応	慎重投与　（患者の状態を十分観察した上で投与の可否を判断すること）	
骨髄抑制のある患者	□ いいえ	□ はい	重症感染症等を併発するおそれあり
間質性肺疾患又はその既往歴のある患者	□ いいえ	はい □ はい	間質性肺疾患の症状憎悪のおそれあり （これらの患者に対しては治療のベネフィットとリスクを十分勘案した上で判断してください）
浮腫のある患者	□ いいえ	□ はい	浮腫を憎悪をさせるおそれあり
腎障害のある患者	□ いいえ	□ はい	安全性は確立していない
アルコールに過敏な患者	□ いいえ	□ はい	中枢神経系への影響が強くあらわれるおそれあり
高齢者	□ いいえ	□ はい	一般に生理機能が低下していることが多い

骨髄抑制の予備能が低下している患者への投与
＊減量するなどの適切な用量調節を考慮
- 前治療においてドセタキセルの総投与量が多い患者
- 65歳以上の高齢者
- 広範囲放射線照射等の強い前治療癖を有する患者
- 腫瘍の骨髄浸潤を有する患者　　など

下記の患者においてG-CSF製剤での予防投与（一次予防）考慮
- 65歳以上の高齢者
- PSが不良の患者
- 発熱性好中球減少症の既往歴のある患者
- 広範囲放射線照射等の強い前治療癖を有する患者
- 腫瘍の骨髄浸潤を有する患者　　など

《　CBZの減量・休薬・中止　基準　》

副作用（CTCAE-4による）	処置
適切な治療にも関わらず持続する Grade 3以上の好中球減少症（1週間以上）	好中球が1500／mm^3を超えるまで休薬し、その後、用量を20mg／m^2に減量して投与を再開する。
発熱性好中球減少症　又は 好中球減少性感染	症状が回復又は改善し、好中球数が1500／mm^3を超えるまで休薬し、その後、用量を20mg／m^2に減量して投与を再開する。
Grade　3以上の下痢、又は水分・電解質補給等の適切な治療にも関わらず持続する下痢	症状が回復又は改善するまで休薬し、その後、用量を20mg／m^2に減量して投与を再開する。
Grade3以上の末梢性ニューロパチー	投与を中止する。
Grade2の末梢性ニューロパチー	用量を20mg／m^2に減量する。

《　発熱性好中球減少症発現患者に対する治療　》

①　感染巣の有無確認
問診・診察での症状の確認、臨床検査（血算、白血球分画、血清生化学検査）、静脈血培養〔２セット〕の実施
必要に応じ胸部X線検査、尿検査を実施

②　MASCCスコアリングを用いてFNのリスクを評価
①　抗緑膿菌作用を持つβラクタム系（単剤：セフェピム、メロペネム、タゾバクタム・ピペラシリン、セフタジジムなど）を経静脈投与
以下の場合は、併用投与する

血行動態が不安定、蜂窩織炎を合併、MRSAなど薬剤耐性グラム陽性菌感染症が疑われる	抗緑膿菌作用を持つβラクタム系 +抗MRSA薬
敗血症性ショック、肺炎、P aeruginosa　感染を合併した重症例	抗緑膿菌作用を持つβラクタム系 +アミノグリコシドまたはキノロン

②　低リスク（MASCCスコア２１点以上）の場合
入院で静注抗菌薬治療を実施
なお、キノロンの予防投与がなく、かつ、外来で経口抗菌剤治療が可能と判断された場合には、シプロフロキサシン+クラブラン酸・アモキシシリンによる治療を行い、治療初期は十分な観察を行う。

③　治療開始３～４日後に再評価を実施
MASCCスコア

危険因子		スコア
症状（次の中から１つ選ぶ）	症状なし	5
	軽度の症状	5
	中等度の症状	3
低血圧なし		5
慢性閉塞性肺疾患なし		4
固形腫瘍/真菌感染のない血液疾患		4
脱水なし		3
発熱時外来		3
６０歳未満		2

【３～４日後の再評価】

感染巣・原因菌が不明の場合	発熱が持続している場合	MASCCスコアのリスク評価に応じた治療を実施 ①　**高リスクの場合** 全身状態が安定している場合 抗菌薬治療を継続 好中球減少が持続している場合 真菌症の検査を実施し、抗真菌剤の投与を検討 血行動態が不安定な場合 新たな感染巣、憎悪した病変を検索するための検査を実施し、特定された感染巣・原因菌に応じた治療を実施 ②　**低リスクの場合** 外来治療時は入院し、広域スペクトラム抗菌薬（静注）による治療を実施
	解熱した場合	好中球数≧５００/μＬに回復するまで抗菌薬治療を継続 全身状態が安定した場合 経口抗菌薬の変更が可能
感染巣・原因菌が特定された場合 感染巣・原因菌に応じて抗菌薬を変更し、発熱の持続の有無に応じた治療を実施	発熱が持続している場合	新たな感染巣、憎悪した病変を検索するための検査を実施。 血行動態が不安定な場合 広域抗菌薬に変更
	解熱した場合	感染巣・原因菌に応じた適切な期間治療を継続 又は好中球数≧５００/μＬに回復するまで抗菌薬治療を継続

患者名　　様　　化学療法名　weekly BD（sc version）　　指示医師名：

ID

治療開始日

化学療法指示

Regimen	
Bortezonib	1.3 mg/m^2, day 1, 8, 15, 22
Dexamethasone	40 mg/b, day 1, 8, 15, 22

① 薬剤投与量決定

年齢		才
身長		cm
実体重		kg
標準体重*	0.0	kg
体表面積	0.00	m^2
体表面積*	0.00	m^2
採用体表面積	0.00	m^2
ベルケイド用量		mg/m^2
Dex減量係数		
前治療係数		

	算出値	処方量	
ベルケイド	0.00		mg
レナデックス(4)	0		錠

ChemoNavi

今回は
第 1 シーズンの
第 1 2 3 4 5 6 7 8 サイクル
（通算第 1 サイクル）

1月0日 ↓　1月7日 ↓　1月14日 ↓　1月21日 ↓

	1	2	…	8	9	…	15	16	…	22	23	…… 35
ﾍﾞﾙｹｲﾄﾞ	●			●			●			●		
ﾚﾅﾃﾞｯｸｽ	●			●			●			●		

コメント

治療第1日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____

倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 不可
医師署名 ____

レナデックス 0 錠
分1、朝

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

治療第8日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____

倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 不可
医師署名 ____

レナデックス 0 錠
分1、朝

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

治療第15日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____

倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 不可
医師署名 ____

レナデックス 0 錠
分1、朝

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

治療第22日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____

倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 不可
医師署名 ____

レナデックス 0 錠
分1、朝

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

患者名　　様　　化学療法名　VCD(ivCPA) 移植適応

ID

指示医師：＿＿＿＿＿＿＿＿

治療開始日

化学療法指示

Regimen		
Bortezonib	1.3 mg/m^2,	day 1, 4, 8, 11
Cycophosphamide	300 mg/m^2,	day 1, 8, 15, 22
Dexamethasone	40 mg/b,	day 1-4, 9-12, 17-20

① 薬剤投与量決定

年齢	42	才
身長		cm
実体重		kg
標準体重*	0.0	kg
体表面積	0.00	m^2
体表面積*	0.00	m^2
採用体表面積	0.00	m^2
ベルケイド用量		mg/m^2
エンドキサン減量		
レナデックス減量		

	算出値	処方量	
ベルケイド	0.00		mg
エンドキサン	0		mg
レナデックス(4)	0		錠

第1治療日　体調確認

体温 ＿＿ SpO2 ＿＿　血圧 ＿＿ 脈拍 ＿＿

倦怠感	有・無	食欲不振	有・無
労作時息切れ	有・無	腹痛・嘔気	有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛	有・無	下痢	有・無
咳・喀痰	有・無	便秘	有・無
発疹	有・無	しびれ	有・無

看護師署名 ＿＿＿＿＿＿　治療実施　可・不可

医師署名＿＿＿＿＿＿＿＿

第1治療日

レナデックス　0 錠
分1、内服

ベルケイド　0.0 mg
生食　0.0 ml
皮下注射

生食　100 ml
ルート確保、フラッシュ用

← エンドキサン　0 mg
生食　250 ml
1時間

第2治療日

第3治療日

レナデックス　0 錠
分1、内服

1月1日 □
1月2日 □

第4治療日

レナデックス　0 錠
分1、内服

ベルケイド　0.0 mg
生食　0.0 ml
皮下注射

第8治療日

ベルケイド　0.0 mg
生食　0.0 ml
皮下注射

生食　100 ml
ルート確保、フラッシュ用

← エンドキサン　0 mg
生食　250 ml
1時間

第9治療日

レナデックス　0 錠
分1、内服

第10治療日

レナデックス　0 錠
分1、内服

第11治療日

レナデックス　0 錠
分1、内服

ベルケイド　0.0 mg
生食　0.0 ml
皮下注射

第12治療日

レナデックス　0 錠
分1、内服

第15治療日

生食　100 ml
ルート確保、フラッシュ用

← エンドキサン　0 mg
生食　250 ml
1時間

第17治療日

第18治療日

第19治療日

第20治療日

レナデックス　0 錠
分1、内服

1月16日 □
1月17日 □
1月18日 □
1月19日 □

第22治療日

生食　100 ml
ルート確保、フラッシュ用

← エンドキサン　0 mg
生食　250 ml
1時間

ChemoNavi

今回は

第 1 2 3 4 5 6 7 8 サイクル

1月0日

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
ﾍﾞﾙｹｲﾄﾞ	●			●				●			●																	
ｴﾝﾄﾞｷｻﾝ	●							●							●							●						
ﾚﾅﾃﾞｯｸｽ	●	●	●	●					●	●	●	●					●	●	●	●								

患者名　　様　　化学療法名　VCD (poCPA) 移植適応

ID

治療開始日

指示医師：

化学療法指示

Regimen		
Bortezonib	1.0-1.3 mg/m^2,	day 1, 4, 8, 11
Cycophosphamide	300 mg/m^2,	day 1, 8, 15, 22
Dexamethasone	40 mg/b,	day 1-4, 9-12, 17-20

① 薬剤投与量決定

年齢		才
身長		cm
実体重		kg
標準体重*	0.0	kg
体表面積	0.00	m^2
体表面積*	0.00	m^2
採用体表面積	0.00	m^2
ベルケイド用量		mg/m^2
エンドキサン減量		
レナデックス減量		

	算出値	処方量	
ベルケイド	0.00		mg
エンドキサン(50)	0		錠
レナデックス(4)	0		錠

内服チェック

エンドキサン　　錠　分1、朝後

レナデックス　　錠　分1、朝後

- ☐ 1月0日
- ☐ 1月7日
- ☐ 1月14日
- ☐ 1月21日

- ☐ 1月0日 － 1月3日
- ☐ 1月8日 － 1月11日
- ☐ 1月16日 － 1月19日

ChemoNavi

今回は

第 1 2 3 4 5 6 7 8 サイクル

1月0日 ↓　1月7日 ↓　1月14日 ↓　1月21日 ↓

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
ﾍﾞﾙｹｲﾄﾞ	●			●				●			●																	
ｴﾝﾄﾞｷｻﾝ	●							●							●							●						
ﾚﾅﾃﾞｯｸｽ	●	●	●	●					●	●	●	●					●	●	●	●								

第1治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

レナデックス 0 錠
エンドキサン 0 錠
分1、内服

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

第2治療日

第3治療日

レナデックス 0 錠
分1、内服

第4治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

レナデックス 0 錠
分1、内服

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

第8治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

エンドキサン 0 錠
分1、内服

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

第9治療日

第10治療日

レナデックス 0 錠
分1、内服

第11治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

レナデックス 0 錠
分1、内服

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

第12治療日

レナデックス 0 錠
分1、内服

第15治療日

エンドキサン 0 錠
分1、内服

第17～20治療日

レナデックス 0 錠
分1、内服

第22治療日

エンドキサン 0 錠
分1、内服

患者名　　様　　化学療法名　weekly VCD (ivCPA) 移植適応

ID

治療開始日

指示医師:

化学療法指示

Regimen		
Bortezonib	1.0-1.3 mg/m^2,	day 1, , 8, 15,22
Cycophosphamide	300 mg/m^2,	day 1, 8, 15, 22
Dexamethasone	40 mg/b,	day 1-4, 9-12, 17-20

① 薬剤投与量決定

年齢		才
身長		cm
実体重		kg
標準体重*	0.0	kg
体表面積	0.00	m^2
体表面積*	0.00	m^2
採用体表面積	0.00	m^2
ベルケイド用量		mg/m^2
エンドキサン減量		
レナデックス減量		

	算出値	処方量	
ベルケイド	0.00		mg
エンドキサン	0		mg
レナデックス(4)	0		錠

内服チェック

レナデックス
錠
分1、朝後

- □ 1月0日 – 1月3日
- □ 1月8日 – 1月11日
- □ 1月16日 – 1月19日

ChemoNavi

今回は
第 1 2 3 4 5 6 7 8 サイクル

第1治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

レナデックス 0 錠
分1、内服

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

生食 100 ml
ルート確保、フラッシュ用

エンドキサン 0 mg
生食 250 ml
1時間

第2治療日
第3治療日
第4治療日

レナデックス 0 錠
分1、内服

第8治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

生食 100 ml
ルート確保、フラッシュ用

エンドキサン 0 mg
生食 250 ml
1時間

第9治療日
第10治療日
第11治療日
第12治療日

レナデックス 0 錠
分1、内服

第15治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

生食 100 ml
ルート確保、フラッシュ用

エンドキサン 0 mg
生食 250 ml
1時間

第17治療日
第18治療日
第19治療日
第20治療日

レナデックス 0 錠
分1、内服

第22治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

ベルケイド 0.0 mg
生食 0.0 ml
皮下注射

生食 100 ml
ルート確保、フラッシュ用

エンドキサン 0 mg
生食 250 ml
1時間

1月0日 ↓　1月7日 ↓　1月14日 ↓　1月21日 ↓

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
ﾍﾞﾙｹｲﾄﾞ	●							●							●							●						
ｴﾝﾄﾞｷｻﾝ	●							●							●							●						
ﾚﾅﾃﾞｯｸｽ	●	●	●	●					●	●	●	●					●	●	●	●								

患者名　　様　　化学療法名　weekly VCD (poCPA) 移植適応
ID

治療開始日

指示医師：

化学療法指示　2018年4月19日

Regimen		
Bortezonib	1.0-1.3 mg/m^2,	day 1, 8, 15,22
Cycophosphamide	300 mg/m^2,	day 1, 8, 15, 22
Dexamethasone	40 mg/b,	day 1-4, 9-12, 17-20

① 薬剤投与量決定

年齢		才
身長		cm
実体重		kg
標準体重*	0.0	kg
体表面積	0.00	m^2
体表面積*	0.00	m^2
採用体表面積	0.00	m^2
ベルケイド用量		mg/m^2
エンドキサン減量		
レナデックス減量		

	算出値	処方量	
ベルケイド	0.00		mg
エンドキサン(50)	0		錠
レナデックス(4)	0		錠

内服チェック

エンドキサン　　錠　分1、朝後

レナデックス　　錠　分1、朝後

- ☐ 1月0日
- ☐ 1月7日
- ☐ 1月14日
- ☐ 1月21日

- ☐ 1月0日 － 1月3日
- ☐ 1月8日 － 1月11日
- ☐ 1月16日 － 1月19日

ChemoNavi

今回は
第 1 2 3 4 5 6 7 8 サイクル

第1治療日

体温　　SpO2
血圧　　脈拍

倦怠感	有・無
労作時息切れ	有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛	有・無
咳・喀痰	有・無
発疹	有・無
食欲不振	有・無
腹痛・嘔気	有・無
下痢	有・無
便秘	有・無
しびれ	有・無

看護師署名
治療実施　可・不可
医師署名

レナデックス　0 錠
エンドキサン　0 錠
分1、内服

ベルケイド　0.0 mg
生食　0.0 ml
皮下注射

第2治療日
第3治療日
第4治療日

レナデックス　0 錠
分1、内服

第8治療日

体温　　SpO2
血圧　　脈拍

倦怠感	有・無
労作時息切れ	有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛	有・無
咳・喀痰	有・無
発疹	有・無
食欲不振	有・無
腹痛・嘔気	有・無
下痢	有・無
便秘	有・無
しびれ	有・無

看護師署名
治療実施　可・不可
医師署名

エンドキサン　0 錠
分1、内服

ベルケイド　0.0 mg
生食　0.0 ml
皮下注射

第9治療日
第10治療日
第11治療日
第12治療日

レナデックス　0 錠
分1、内服

第15治療日

体温　　SpO2
血圧　　脈拍

倦怠感	有・無
労作時息切れ	有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛	有・無
咳・喀痰	有・無
発疹	有・無
食欲不振	有・無
腹痛・嘔気	有・無
下痢	有・無
便秘	有・無
しびれ	有・無

看護師署名
治療実施　可・不可
医師署名

エンドキサン　0 錠
分1、内服

ベルケイド　0.0 mg
生食　0.0 ml
皮下注射

第17治療日
第18治療日
第19治療日
第20治療日

レナデックス　0 錠
分1、内服

第22治療日

体温　　SpO2
血圧　　脈拍

倦怠感	有・無
労作時息切れ	有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛	有・無
咳・喀痰	有・無
発疹	有・無
食欲不振	有・無
腹痛・嘔気	有・無
下痢	有・無
便秘	有・無
しびれ	有・無

看護師署名
治療実施　可・不可
医師署名

エンドキサン　0 錠
分1、内服

ベルケイド　0.0 mg
生食　0.0 ml
皮下注射

1月0日 ↓　1月7日 ↓　1月14日 ↓　1月21日 ↓

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
ﾍﾞﾙｹｲﾄﾞ	●							●							●							●						
ｴﾝﾄﾞｷｻﾝ	●							●							●							●						
ﾚﾅﾃﾞｯｸｽ	●	●	●	●					●	●	●	●					●	●	●	●								

患者名　　様　　化学療法名　VCD (poCPA連日)
ID
治療開始日

指示医師:

化学療法指示　2018年4月19日

Regimen		
Bortezomib	1.0-1.3 mg/m^2,	day 1, 4, 8, 11
Cycophosphamide	50 mg/b,	day 1-21
Dexamethasone	20 mg/b,	day 1,2,4,5, 8,9,11,12

① 薬剤投与量決定

年齢		才
身長		cm
実体重		kg
標準体重*	0.0	kg
体表面積	0.00	m^2
体表面積*	0.00	m^2
採用体表面積	0.00	m^2
ベルケイド用量		mg/m^2
エンドキサン減量		
レナデックス減量		

	算出値	処方量	
ベルケイド	0.00		mg
エンドキサン(50)	50		錠
レナデックス(4)	0		錠

内服チェック

エンドキサン　　錠　分1、朝後

レナデックス　　錠　分1、朝後

☐ 1月0日 ～ 1月20日

☐ 1月0日 、 1月1日
☐ 1月3日 、 1月4日
☐ 1月7日 、 1月8日
☐ 1月10日 、 1月11日

ChemoNavi

今回は
第 1 2 3 4 5 6 7 8 サイクル

1月0日 ↓　　1月7日 ↓

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
ﾍﾞﾙｹｲﾄﾞ	●			●				●			●										
ｴﾝﾄﾞｷｻﾝ	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ﾚﾅﾃﾞｯｸｽ	●	●		●	●			●	●		●	●									

第1治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

ベルケイド	0.0	mg
生食	0.0	ml
皮下注射		

第2治療日

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第3治療日

エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第4治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

ベルケイド	0.0	mg
生食	0.0	ml
皮下注射		

第5治療日

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第6, 7治療日 ～

エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第8治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

ベルケイド	0.0	mg
生食	0.0	ml
皮下注射		

第9治療日

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第10治療日

エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第11治療日

体温 ____ SpO2 ____
血圧 ____ 脈拍 ____
倦怠感 有・無
労作時息切れ 有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無
咳・喀痰 有・無
発疹 有・無
食欲不振 有・無
腹痛・嘔気 有・無
下痢 有・無
便秘 有・無
しびれ 有・無

看護師署名 ____
治療実施 可・不可
医師署名 ____

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

ベルケイド	0.0	mg
生食	0.0	ml
皮下注射		

第12治療日

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第13～21治療日 ～

エンドキサン	0	錠
分1、内服		

患者名　　様　　化学療法名　weeekly VCD (poCPA連日)

ID

治療開始日

指示医師:

化学療法指示

Regimen		
Bortezonib	1.0-1.3 mg/m^2,	day 1, 8, 15,22
Cycophosphamide	50 mg/b,	day 1-35
Dexamethasone	20 mg/b,	day 1,2, 8,9,15,16,22,23

① 薬剤投与量決定

年齢		才
身長		cm
実体重		kg
標準体重*	0.0	kg
体表面積	0.00	m^2
体表面積*	0.00	m^2
採用体表面積	0.00	m^2
ベルケイド用量		mg/m^2
エンドキサン減量		
レナデックス減量	1	

	算出値	処方量	
ベルケイド	0.00		mg
エンドキサン(50)	50		錠
レナデックス(4)	40		錠

内服チェック

エンドキサン　　錠　分1、朝後

レナデックス　　錠　分1、朝後

☐ 1月0日 ～ 2月3日

☐ 1月0日 、 1月1日
☐ 1月7日 、 1月8日
☐ 1月14日 、 1月15日
☐ 1月21日 、 1月22日

ChemoNavi

今回は
第 9 10 11 サイクル

第1治療日

体温　　SpO2
血圧　　脈拍
倦怠感　有・無
労作時息切れ　有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛　有・無
咳・喀痰　有・無
発疹　有・無
食欲不振　有・無
腹痛・嘔気　有・無
下痢　有・無
便秘　有・無
しびれ　有・無

看護師署名
治療実施　可・不可
医師署名

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

ベルケイド	0.0	mg
生食	0.0	ml
皮下注射		

第2治療日

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第3～7治療日 ～

エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第8治療日

体温　　SpO2
血圧　　脈拍
倦怠感　有・無
労作時息切れ　有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛　有・無
咳・喀痰　有・無
発疹　有・無
食欲不振　有・無
腹痛・嘔気　有・無
下痢　有・無
便秘　有・無
しびれ　有・無

看護師署名
治療実施　可・不可
医師署名

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

ベルケイド	0.0	mg
生食	0.0	ml
皮下注射		

第9治療日

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第10～14治療日 ～

エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第15治療日

体温　　SpO2
血圧　　脈拍
倦怠感　有・無
労作時息切れ　有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛　有・無
咳・喀痰　有・無
発疹　有・無
食欲不振　有・無
腹痛・嘔気　有・無
下痢　有・無
便秘　有・無
しびれ　有・無

看護師署名
治療実施　可・不可
医師署名

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

ベルケイド	0.0	mg
生食	0.0	ml
皮下注射		

第16治療日

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第17～21治療日 ～

エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第22治療日

体温　　SpO2
血圧　　脈拍
倦怠感　有・無
労作時息切れ　有・無
鼻汁・鼻閉・咽頭痛　有・無
咳・喀痰　有・無
発疹　有・無
食欲不振　有・無
腹痛・嘔気　有・無
下痢　有・無
便秘　有・無
しびれ　有・無

看護師署名
治療実施　可・不可
医師署名

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

ベルケイド	0.0	mg
生食	0.0	ml
皮下注射		

第23治療日

レナデックス	0	錠
エンドキサン	0	錠
分1、内服		

第24～35治療日 ～

エンドキサン	0	錠
分1、内服		

1月0日 ↓　1月7日 ↓　1月14日 ↓　1月21日 ↓

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
ﾍﾞﾙｹｲﾄﾞ	●							●							●							●													
ｴﾝﾄﾞｷｻﾝ	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ﾚﾅﾃﾞｯｸｽ	●	●						●	●						●	●						●	●												