今回　　サイクル目　　登録番号　181

治療日：

化学療法指示書

FP＋CRT(50.4Gy/RTOG)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（1000 mg/m²）	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
CDDP（75 mg/m²）	↓				↓			

4週ごと繰り返し

○放射線併用：total 50.4Gy（1～5、8～12、15～19、22～26、29～33、36～38

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
（500mg/㎡）

12時間

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

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
（75mg/㎡）

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
(500mg/㎡)

12時間

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

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：

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

12時間

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

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
(500mg/㎡)

12時間

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

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

患者名　　様　　化学療法名　KRd療法1コース目　　指示医師署名：＿＿＿＿＿＿

ID

第 1 コース　　4週毎

治療開始日

化学療法指示　2018年4月19日

Regimen	
Carfilzomib	20 mg/m^2, day 1, 2
	27 mg/m^2, day 8,9,15,16
Dexamethasone	40 mg/b, day 1,8,15,22
	4 mg/b, day 2,9,16
Lenalidomide	25 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
カイプロリスd1,2		mg/m^2
カイプロリスd8以降		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依存性に減量する）

	算出値	処方量	
カイプロリスd1,2	0.0		mg
カイプロリスd8以降	0.0		mg
レナデックス(4) day1,8,15,22	0		錠
レナデックス(4) day2,9,16	1		錠
レブラミド(5)	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 可 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

生食 50 ml
ルートキープ用

カイプロリス 0.0 mg
5%TZ 50 ml
10分で点滴

治療第2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、朝

生食 50 ml
ルートキープ用

カイプロリス 0.0 mg
5%TZ 50 ml
10分で点滴

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

生食 50 ml
ルートキープ用

カイプロリス 0.0 mg
5%TZ 50 ml
10分で点滴

治療第9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

生食 50 ml
ルートキープ用

カイプロリス 0.0 mg
5%TZ 50 ml
10分で点滴

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 可 不可
医師署名

レナデックス 0 錠
分1、朝

生食 50 ml
ルートキープ用

カイプロリス 0.0 mg
5%TZ 50 ml
10分で点滴

治療第16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、朝

生食 50 ml
ルートキープ用

カイプロリス 0.0 mg
5%TZ 50 ml
10分で点滴

chemo navi

今回は
第 ① サイクル

1月0日 ↓　1月0日 ↓　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
カイプロリス	●	●						●	●						●	●												
レブラミド	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●							
レナデックス	●	●						●	●						●	●						●						

治療第22日

レナデックス 0 錠
分1、朝

患者名　　様　　化学療法名　KRd療法2～12コース目　　指示医師署名：＿＿＿＿＿＿

ID

□コース　　4週毎

治療開始日

化学療法指示

Regimen	
Carfilzomib	27 mg/m^2, day 1,2,8,9,15,16
Dexamethasone	40 mg/b, day 1,8,15,22
	4 mg/b, day 2,9,16
Lenalidomide	25 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
カイプロリス		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依存性に減量する）

	算出値	処方量	
カイプロリス	0.0		mg
レナデックス(4) day1,8,15,22	0		錠
レナデックス(4) day2,9,16	1		錠
レブラミド(5)	0		cap

day 2,9,16のレナデックスは、1コース目(あるいは以降のコース)にカイプロリスに関連する発熱、悪寒、寒気又は息切れなどが認められた場合継続する。

治療第1日

体温＿＿ SpO_2＿＿
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

生食　50 ml
ルートキープ用

カイプロリス　0.0 mg
5%TZ　50 ml
10分で点滴

治療第2日

体温＿＿ SpO_2＿＿
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

生食　50 ml
ルートキープ用

カイプロリス　0.0 mg
5%TZ　50 ml
10分で点滴

治療第8日

体温＿＿ SpO_2＿＿
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

生食　50 ml
ルートキープ用

カイプロリス　0.0 mg
5%TZ　50 ml
10分で点滴

治療第9日

体温＿＿ SpO_2＿＿
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

生食　50 ml
ルートキープ用

カイプロリス　0.0 mg
5%TZ　50 ml
10分で点滴

治療第15日

体温＿＿ SpO_2＿＿
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

生食　50 ml
ルートキープ用

カイプロリス　0.0 mg
5%TZ　50 ml
10分で点滴

治療第16日

体温＿＿ SpO_2＿＿
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

生食　50 ml
ルートキープ用

カイプロリス　0.0 mg
5%TZ　50 ml
10分で点滴

chemo navi

今回は

第	②	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	サイクル

1月0日　1月0日　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
カイプロリス	●	●						●	●						●	●												
レブラミド	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●							
レナデックス	●	●						●	●						●	●						●						

治療第22日

レナデックス　0 錠
分1、朝

患者名　　様　　化学療法名　KRd療法13コース目以降　　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　2018年4月19日

Regimen	
Carfilzomib	27 mg/m^2, day 1,2,15,16
Dexamethasone	40 mg/b, day 1,8,15,22
	4 mg/b, day 2,16
Lenalidomide	25 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
カイプロリス		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依存性に減量する）

	算出値	処方量	
カイプロリス	0.0		mg
レナデックス(4) day1,8,15,22	0		錠
レナデックス(4) day2,16	1		錠
レブラミド(5)	0		cap

day 2,16のレナデックスは、1コース目(あるいは以降のコース)にカイプロリスに関連する発熱、悪寒、寒気又は息切れなどが認められた場合継続する。

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

生食　50 ml
ルートキープ用

カイプロリス　0.0 mg
5%TZ　50 ml
10分で点滴

治療第2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

生食　50 ml
ルートキープ用

カイプロリス　0.0 mg
5%TZ　50 ml
10分で点滴

治療第8日

レナデックス　0 錠
分1、朝

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

生食　50 ml
ルートキープ用

カイプロリス　0.0 mg
5%TZ　50 ml
10分で点滴

治療第16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

生食　50 ml
ルートキープ用

カイプロリス　0.0 mg
5%TZ　50 ml
10分で点滴

治療第22日

レナデックス　0 錠
分1、朝

chemo navi

今回は

第	⑬	14	15	16	17	18	サイクル

1月0日 ↓　1月0日 ↓　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
カイプロリス	●	●													●	●												
レブラミド	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●							
レナデックス	●	●						●							●	●						●						

患者名 ＿＿＿＿＿＿ 様　　化学療法名 ブレンツキシマブベドチン

ID

治療日

指示医師:

化学療法指示　2018年4月24日

Regimen			
Brentuximab vedotin	1.8 mg/kg	day 1	

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
採用体重	0.0	kg
年齢係数		
前治療係数		

	算出値	処方量	
アドセトリス	0		mg

*アドセトリスは蒸留水で溶解

*infusion reactionがあった場合は抗ヒスタミン薬等を前投薬する。

第1治療日

ChemoNavi

今回は
第 ① 2 3 4 5 6 7 8 サイクル

1月0日
↓

治療日	1	2	3	4	5	･･････ 21
アドセトリス	●					

体調の確認

・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
・その他体調不良	有・無

看護師署名 ＿＿＿＿＿＿

治療実施　可　不可

医師署名 ＿＿＿＿＿＿

治療実施

点滴

生食 100 ml
ルート確保・フラッシュ用

↓

アドセトリス 0 mg
生食 100 ml
10:00-11:00

アドセトリス点滴経過

	脈拍	血圧	SpO2	体温	痒み	発疹	嘔気	胸苦	
10分					有・無	有・無	有・無	有・無	:
30分					有・無	有・無	有・無	有・無	:
終了時					有・無	有・無	有・無	有・無	:

・血管痛	有・無
・点滴漏れ	有・無
・その他の問題	有・無

実施看護師名: ＿＿＿＿＿＿

患者名　　様　　化学療法名　E-Ld療法1-2サイクル目　　指示医師名：＿＿＿＿＿＿

ID

第 1 サイクル　　4週毎

治療開始日

化学療法指示

Regimen

Elotuzumab	10 mg/kg, day 1, 8,15,22
p.o.Dexamethasone	28mg/b, day 1,8,15,22
div.Dexamethasone	6.6mg/b, day 1,8,15,22
Lenalidomide	25 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

（実体重を採用）

エムプリシティ用量		mg/kg
Dex減量係数		
eGFR		
レブラミド用量		mg/day

（レブラミドはeGFR依存性に減量する）

	算出値	処方量	
エムプリシティ	0		mg
レナデックス(4)	0		錠
レブラミド(5)	0		cap

エムプリシティの滴下速度
初回投与：A設定
2～4回目：B設定
第2サイクル以降：C設定
(infusion reactionの状況による)

投与スケジュール
第1～2サイクルは毎週投与
第3サイクル以降は隔週投与

治療第1日

今回は　第 1 サイクルの
第 ① 2 3 4 週

1月0日

治療日	1	·····	8	·····	15	·····	22
エムプリシティ	●		●		●		●

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

自宅で
レブラミド　0 cap
分1、朝　day1-21
レナデックス　0　錠
分1、朝

来院後
レスタミンコーワ　3錠
アセトアミノフェン　0.5g
↓
デキサート　6.6mg
ファモチジン　20mg
生食　50ml
15分で点滴(216ml/h)
↓
生食　100ml
45分で点滴(133ml/h)
↓

↓
エムプリシティ　0 mg
蒸留水　※ml
生食　230ml
滴下速度の設定

A設定 ○
B設定
C設定

A設定
30ml/h
(30分)
↓
60ml/h
(30分)
↓
120ml/h

エムプリシティ点滴経過

	脈拍	血圧	SpO2	体温	痒み	発疹	嘔気	胸苦	
前					有・無	有・無	有・無	有・無	：
30分					有・無	有・無	有・無	有・無	：
60分					有・無	有・無	有・無	有・無	：
120分					有・無	有・無	有・無	有・無	：
終了時					有・無	有・無	有・無	有・無	：

・血管痛　有・無
・点滴漏れ　有・無
・その他の問題　有・無

実施看護師名：＿＿＿＿＿＿

chemo navi

今回は
第 ① 2 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
エムプリシティ	●							●							●							●						
レブラミド	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●							
レナデックス	●							●							●							●						

患者名　　様　　化学療法名　E-Ld療法1-2サイクル目　　指示医師名：

ID

第□サイクル　4週毎

治療開始日

化学療法指示

Regimen	
Elotuzumab	10 mg/kg, day 1, 8,15,22
p.o.Dexamethasone	28mg/b, day 1,8,15,22
div.Dexamethasone	6.6mg/b, day 1,8,15,22
Lenalidomide	25 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
（実体重を採用）

エムプリシティ用量　□ mg/kg
Dex減量係数　□
eGFR　□
レブラミド用量　□ mg/day
（レブラミドはeGFR依存性に減量する）

	算出値	処方量	
エムプリシティ	0		mg
レナデックス(4)	0		錠
レブラミド(5)	0		cap

エムプリシティの滴下速度
初回投与：A設定
2～4回目：B設定
第2サイクル以降：C設定
（infusion reactionの状況による）

投与スケジュール
第1～2サイクルは毎週投与
第3サイクル以降は隔週投与

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

自宅で
レブラミド 0 cap
分1、朝 day1-21
レナデックス 0 錠
分1、朝

来院後
レスタミンコーワ 3錠
アセトアミノフェン 0.5g
↓
デキサート 6.6mg
ファモチジン 20mg
生食 50ml
15分で点滴(216ml/h)
↓
生食 100ml
45分で点滴(133ml/h)
↓

↓
エムプリシティ 0 mg
蒸留水 ※ml
生食 230ml
滴下速度の設定

A設定□
B設定○
C設定□

B設定

60ml/h
(30分)
↓
120ml/h

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

自宅で
レブラミド 0 cap
分1、朝 day1-21
レナデックス 0 錠
分1、朝

来院後
レスタミンコーワ 3錠
アセトアミノフェン 0.5g
↓
デキサート 6.6mg
ファモチジン 20mg
生食 50ml
15分で点滴(216ml/h)
↓
生食 100ml
45分で点滴(133ml/h)
↓

↓
エムプリシティ 0 mg
蒸留水 ※ml
生食 230ml
滴下速度の設定

A設定□
B設定○
C設定□

B設定

60ml/h
(30分)
↓
120ml/h

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

自宅で
レブラミド 0 cap
分1、朝 day1-21
レナデックス 0 錠
分1、朝

来院後
レスタミンコーワ 3錠
アセトアミノフェン 0.5g
↓
デキサート 6.6mg
ファモチジン 20mg
生食 50ml
15分で点滴(216ml/h)
↓
生食 100ml
45分で点滴(133ml/h)
↓

↓
エムプリシティ 0 mg
蒸留水 ※ml
生食 230ml
滴下速度の設定

A設定□
B設定○
C設定□

B設定

60ml/h
(30分)
↓
120ml/h

chemo navi

今回は
第 ① 2 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
エムプリシティ	●							●							●							●						
レブラミド	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●							
レナデックス	●							●							●							●						

患者名　　様　　化学療法名　E-Ld療法1-2サイクル目　　指示医師名：

ID

第 2 サイクル　　4週毎

治療開始日

化学療法指示

Regimen	
Elotuzumab	10 mg/kg, day 1, 8,15,22
p.o.Dexamethasone	28mg/b, day 1,8,15,22
div.Dexamethasone	6.6mg/b, day 1,8,15,22
Lenalidomide	25 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
（実体重を採用）		
エムプリシティ用量		mg/kg
Dex減量係数		
eGFR		
レブラミド用量		mg/day

（レブラミドはeGFR依存性に減量する）

	算出値	処方量	
エムプリシティ	0		mg
レナデックス(4)	0		錠
レブラミド(5)	0	0	cap

エムプリシティの滴下速度
初回投与：A設定
2～4回目：B設定
第2サイクル以降：C設定
(infusion reactionの状況による)

投与スケジュール
第1～2サイクルは毎週投与
第3サイクル以降は隔週投与

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

自宅で
レブラミド 0 cap
分1、朝 day1-21
レナデックス 0 錠
分1、朝

来院後
レスタミンコーワ 3錠
アセトアミノフェン 0.5g
↓
デキサート 6.6mg
ファモチジン 20mg
生食 50ml
15分で点滴(216ml/h)
↓
生食 100ml
45分で点滴(133ml/h)
↓

↓
エムプリシティ 0 mg
蒸留水 ※ml
生食 230ml
滴下速度の設定
A設定
B設定
C設定 ○
C設定

120ml/h

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

自宅で
レブラミド 0 cap
分1、朝 day1-21
レナデックス 0 錠
分1、朝

来院後
レスタミンコーワ 3錠
アセトアミノフェン 0.5g
↓
デキサート 6.6mg
ファモチジン 20mg
生食 50ml
15分で点滴(216ml/h)
↓
生食 100ml
45分で点滴(133ml/h)
↓

↓
エムプリシティ 0 mg
蒸留水 ※ml
生食 230ml
滴下速度の設定
A設定
B設定
C設定 ○
C設定

120ml/h

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

自宅で
レブラミド 0 cap
分1、朝 day1-21
レナデックス 0 錠
分1、朝

来院後
レスタミンコーワ 3錠
アセトアミノフェン 0.5g
↓
デキサート 6.6mg
ファモチジン 20mg
生食 50ml
15分で点滴(216ml/h)
↓
生食 100ml
45分で点滴(133ml/h)
↓

↓
エムプリシティ 0 mg
蒸留水 ※ml
生食 230ml
滴下速度の設定
A設定
B設定
C設定 ○
C設定

120ml/h

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

自宅で
レナデックス 0 錠
分1、朝

来院後
レスタミンコーワ 3錠
アセトアミノフェン 0.5g
↓
デキサート 6.6mg
ファモチジン 20mg
生食 50ml
15分で点滴(216ml/h)
↓
生食 100ml
45分で点滴(133ml/h)
↓

↓
エムプリシティ 0 mg
蒸留水 ※ml
生食 230ml
滴下速度の設定
A設定
B設定
C設定 ○
C設定

120ml/h

chemo navi

今回は
第 1 ② 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
エムプリシティ	●							●							●							●						
レブラミド	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●							
レナデックス	●							●							●							●						

患者名　　様　　化学療法名　E-Ld療法3サイクル目以降　　指示医師名：

ID

第 3 サイクル　　4週毎

治療開始日

化学療法指示

Regimen

Elotuzumab	10 mg/kg, day 1,15
p.o.Dexamethasone	28mg/b, day 1,15
p.o.Dexamethasone	40mg/b, day 8,22
div.Dexamethasone	6.6mg/b, day 1,15
Lenalidomide	25 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
(実体重を採用)		
エムプリシティ用量		mg/kg
Dex減量係数		
eGFR		
レブラミド用量		mg/day

(レブラミドはeGFR依存性に減量する)

	算出値	処方量	
エムプリシティ	0		mg
レナデックス(4)	0		錠
レナデックス(4)	0		錠
レブラミド(5)	0		cap

エムプリシティの滴下速度
- 初回投与：A設定
- 2～4回目：B設定
- 第2サイクル以降：C設定
- (infusion reactionの状況による)

投与スケジュール
- 第1～2サイクルは毎週投与
- 第3サイクル以降は隔週投与

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

自宅で
- レブラミド　0 cap
- 分1、朝　day1-21
- レナデックス　0　錠
- 分1、朝

来院後
- レスタミンコーワ　3錠
- アセトアミノフェン　0.5g
- ↓
- デキサート　6.6mg
- ファモチジン　20mg
- 生食　50ml
- 15分で点滴(216ml/h)
- ↓
- 生食　100ml
- 45分で点滴(133ml/h)
- ↓

↓
- エムプリシティ　0 mg
- 蒸留水　※ml
- 生食　230ml

滴下速度の設定

A設定
B設定
C設定 ○

C設定

120ml/h

治療第8日

- レブラミド　0 cap
- 分1、朝　day1-21
- レナデックス　0 錠
- 分1、朝

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

自宅で
- レブラミド　0 cap
- 分1、朝　day1-21
- レナデックス　0　錠
- 分1、朝

来院後
- レスタミンコーワ　3錠
- アセトアミノフェン　0.5g
- ↓
- デキサート　6.6mg
- ファモチジン　20mg
- 生食　50ml
- 15分で点滴(216ml/h)
- ↓
- 生食　100ml
- 45分で点滴(133ml/h)
- ↓

↓
- エムプリシティ　0 mg
- 蒸留水　※ml
- 生食　230ml

滴下速度の設定

A設定
B設定
C設定 ○

C設定

120ml/h

治療第22日

- レナデックス　0 錠
- 分1、朝

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
エムプリシティ	●														●													
レブラミド	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●							
レナデックス	●							●							●							●						

患者名 ＿＿＿＿＿＿ 様　　化学療法名　クロファラビン単剤
ID

治療日 ＿＿＿＿＿＿ ～ ＿＿＿＿＿＿　　指示医師名: ＿＿＿＿＿＿

化学療法指示

Regimen

エボルトラ　52 mg/m^2, day 1-5

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
前治療係数		
腎係数		

	算出値	処方量	
エボルトラ	0		mg

第1治療日

点滴

体温 ＿＿＿ ℃

脈拍 ＿＿＿

血圧 ＿＿＿

SpO2 ＿＿＿ %

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
その他体調不良	有・無

看護師署名 ＿＿＿＿＿＿

治療実施　可　不可

医師署名 ＿＿＿＿＿＿

生食 100 ml
ルート確保・フラッシュ用

① ←ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 袋
ｿﾙ・ｺｰﾃﾌ 100 mg
点滴・全開

② ←ｴﾎﾞﾙﾄﾗ 0 mg
生食 250 ml
点滴、2時間

③ ←ﾃﾞｷｻｰﾄ 6.6 mg
生食 100 ml
点滴、30分

第2治療日

点滴

生食 100 ml
ルート確保・フラッシュ用

① ←ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 袋
ｿﾙ・ｺｰﾃﾌ 100 mg
点滴・全開

② ←ｴﾎﾞﾙﾄﾗ 0 mg
生食 250 ml
点滴、2時間

③ ←ﾃﾞｷｻｰﾄ 6.6 mg
生食 100 ml
点滴、30分

第3治療日

生食 100 ml
ルート確保・フラッシュ用

① ←ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 袋
ｿﾙ・ｺｰﾃﾌ 100 mg
点滴・全開

② ←ｴﾎﾞﾙﾄﾗ 0 mg
生食 250 ml
点滴、2時間

③ ←ﾃﾞｷｻｰﾄ 6.6 mg
生食 100 ml
点滴、30分

第5治療日

生食 100 ml
ルート確保・フラッシュ用

① ←ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 袋
ｿﾙ・ｺｰﾃﾌ 100 mg
点滴・全開

② ←ｴﾎﾞﾙﾄﾗ 0 mg
生食 250 ml
点滴、2時間

③ ←ﾃﾞｷｻｰﾄ 6.6 mg
生食 100 ml
点滴、30分

第5治療日

点滴

生食 100 ml
ルート確保・フラッシュ用

① ←ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 袋
ｿﾙ・ｺｰﾃﾌ 100 mg
点滴・全開

② ←ｴﾎﾞﾙﾄﾗ 0 mg
生食 250 ml
点滴、2時間

③ ←ﾃﾞｷｻｰﾄ 6.6 mg
生食 100 ml
点滴、30分

ChemoNavi

↓

	1	2	3	4	5			･･････････ 14
ｴﾎﾞﾙﾄﾗ	●	●	●	●	●			

がん化学療法指示書

登録番号　186

作成日　2019/3/13

レジメン名	ペムブロリズマブ
診療科・対象疾患	(呼)PD-L1陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺がん (泌)がん化学療法後に増悪した根治切除不能な尿路上皮がん (血)再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫 がん化学療法後に増悪した進行・再発のMSI-Highを有する固形がん
投与間隔	3週毎
投与サイクル数	PDになるまで(MSI-Highを有する固形がんに使用する場合は最高35回まで)

Chemo Navi

薬剤名	成分名	投与量	投与日
キイトルーダ	ペムブロリズマブ	200mg/body	day1

治療内容

注射

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
Rp1		生理食塩液	100ml	任意	ルート確保用	●								
Rp2		生理食塩液	100ml	30分	点滴静注メイン	●								
	癌	キイトルーダ(ペムブロリズマブ)	200mg											
Rp3		生理食塩液	50ml	15分	フラッシュ用	●								

内服

その他必要薬剤	
総投与時間	45分
血管外漏出リスク	キイトルーダ(ペムブロリズマブ):非壊死性抗がん薬
投与時の注意事項	キイトルーダ(ペムブロリズマブ):フィルター付きルートが必要 Infusion reaction Grade2の場合:本剤の投与を直ちに中止する。1時間以内に回復する場合には、投与速度を50%減速して再開する。 【Infusion reaction経験例の前処置処方例】 投与前1.5時間(±0.5時間)に以下薬剤で前処置を行う。 レスタミンコーワ10mg　5錠 アセトアミノフェン300mg　2錠
備考欄	※がん化学療法後に増悪した進行・再発のMSI-Highを有する固形がんに使用する場合 本適応を判定するコンパニオン診断薬として「MSI検査キット(FALCO)」が承認されている。この検査は遺伝性腫瘍のリンチ症候群のスクリーニング検査として用いられてきた経緯があり、MSI-Highが検出されれば同時にリンチ症候群の可能性が高いことも判明する。したがってこの検査前に、ペムブロリズマブに関する説明に加えてリンチ症候群に関する情報提供も併せて行う必要がある。

今回　　サイクル目

治療日：　　月　　日

登録番号　　187

化学療法指示書

UFT/LV＋Bmab　　療法

患者ID					
患者氏名				指示医師	
身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00 m^2

適応疾患

・進行再発大腸がん

投与スケジュール

Day（投与日）	1（　/　）	15（　/　）	22（　/　）	29（　/　）
Bevacizumab（　5　mg/kg）	↓	↓		↓
UFT/LV	→	→	→	→

28日毎（7日休薬）

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）　1V
アバスチン　　mg
（　5mg/kg）

1回目　90分
2回目　60分
3回目以降　30分

UFT/LV内服：1日3回8時間毎
（食事の前後1時間は避けて内服）

UFT投与量（1日量）

体表面積（㎡）	1日投与量（mg/day）
1.17	300
1.17以上1.49以下	400
1.50以上1.83以下	500
1.84以上	600

LV(UZEL・ホリナート錠）一日投与量：75mg/day

今回　　サイクル目

治療日：　　月　　日

登録番号　　188

化学療法指示書

S-1＋Bmab　　療法

患者ID					
患者氏名				指示医師	
身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00 m^2

適応疾患

・進行再発大腸がん

投与スケジュール

Day（投与日）	1（　/　）	15（　/　）	29（　/　）	43（　/　）
Bevacizumab（　5　mg/kg）	↓	↓	↓	↓
S-1	→	→	→	→

42日毎（14日休薬）

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）　1V
アバスチン　　mg
（　5mg/kg）

1回目　90分
2回目　60分
3回目以降　30分

S-1投与量（1日量）:1日2回（朝・夕）内服

	1日投与量（mg/day）
1.25未満	80mg/day
1.25以上1.50未満	100mg/day
1.50以上	120mg/day

患者名 ＿＿＿＿＿＿ 様
ID

化学療法名 インジウムイブリツモマブチウキセタン(ゼヴァリンインジウム)
(集積部位確認用)

指示医師:

治療日 ＿＿＿＿＿＿ ～ ＿＿＿＿＿＿

化学療法指示

Regimen

Rituximab	250	mg/m^2	day 1
ゼヴァリン・インジウム	130	MBq	day 1
Rituximab	250	mg/m^2	day 8
ゼヴァリン・イットリウム	14.8	MBq/kg	day 1
	(max 1184 MBq/b)		

イットリウムはPlt10−15万の時 11.1MBq/kgに減量

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
年齢係数		

	算出値	処方量	
リツキサン	0		mg
生食	0		ml
インジウム	130		MBq

② 内服薬処方

ロキソプロフェン	1 錠
レスタミンコーワ	3 錠

第1治療日 1月0日

ChemoNavi

1月0日
↓

治療日	1	2	3	4	5	6	7	8
リツキサン	●							●
インジウム	●							
イットリウム								●

体調確認

・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
・その他体調不良 有・無

看護師署名 ＿＿＿＿＿＿

治療実施 可　不可

医師署名 ＿＿＿＿＿＿

治療実施

RI標識成功後、医師より実施の連絡

① ロキソプロフェン 1 錠
レスタミンコーワ 3 錠
内服

② ソルコーテフ 100 mg
生食 100 ml
点滴、30分

③ リツキサン 0 mg
生食 0 ml
滴下速度の設定

B設定のみ

B設定

100ml/h
(1時間)
↓
200ml/h

リツキサン点滴経過

	脈拍	血圧	SpO2	体温	痒み	発疹	嘔気	胸苦	時間
前					有・無	有・無	有・無	有・無	:
30分					有・無	有・無	有・無	有・無	:
60分					有・無	有・無	有・無	有・無	:
120分					有・無	有・無	有・無	有・無	:
終了時					有・無	有・無	有・無	有・無	:

・血管痛 有・無
・点滴漏れ 有・無
・その他の問題 有・無　実施看護師署名: ＿＿＿＿＿＿

終了後、担当医へ報告

RI室へ移動
(点滴ルートは置いておく)

リツキサン終了後4時間以内にゼヴァリン投与

RI室にて

①放射濃度確認
②インフュージョンポンプ・0.22μ 静脈フィルター(蛋白低吸着性)準備
③ ゼヴァリン・インジウム MBq
10分間かけて静注
④生食フラッシュ
⑤ 過敏反応確認

患者名 ＿＿＿＿＿＿ 様
ID
治療日 ＿＿＿＿＿＿ ～ 1月7日

化学療法名 イットリウムイブリツモマブチウキセタン（ゼヴァリンイットリウム）
（治療用）

指示医師：

化学療法指示

Regimen

Rituximab	250	mg/m²	day 1
ゼヴァリン・インジウム	130	MBq	day 1
Rituximab	250	mg/m²	day 8
ゼヴァリン・イットリウム	14.8	MBq/kg	day 1
	(max 1184 MBq/b)		

イットリウムはPlt10−15万の時 11.1MBq/kgに減量

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	m²
体表面積*	0.00	m²
採用体表面積	0.00	m²
年齢係数		

	算出値	処方量	
リツキサン	0		mg
生食	0		ml
イットリウム	0		MBq

② 内服薬処方

ﾛｷｿﾌﾟﾛﾌｪﾝ	1 錠
レスタミンコーワ	3 錠

第8治療日　1月7日

ChemoNavi

1月7日 ↓

治療日	1	2	3	4	5	6	7	8
リツキサン	●							●
インジウム	●							
イットリウム								●

体調確認

・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
・その他体調不良　有・無

看護師署名 ＿＿＿＿＿＿

治療実施　可　不可

医師署名 ＿＿＿＿＿＿

治療実施

RI標識成功後、医師より実施の連絡

① ﾛｷｿﾌﾟﾛﾌｪﾝ 1 錠
レスタミンコーワ 3 錠
内服

② ソルコーテフ 100 mg
生食 100 ml
点滴、30分

③ リツキサン 0 mg
生食 0 ml
滴下速度の設定

B設定のみ

B設定

100ml/h
（1時間）
↓
200ml/h

リツキサン点滴経過　　時間

	脈拍	血圧	SpO2	体温	痒み	発疹	嘔気	胸苦	
前					有・無	有・無	有・無	有・無	:
30分					有・無	有・無	有・無	有・無	:
60分					有・無	有・無	有・無	有・無	:
120分					有・無	有・無	有・無	有・無	:
終了時					有・無	有・無	有・無	有・無	:

・血管痛　有・無
・点滴漏れ　有・無
・その他の問題　有・無　　実施看護師署名：＿＿＿＿＿＿

終了後、担当医へ報告

RI室へ移動
（点滴ルートは置いておく）

リツキサン終了後4時間以内にゼヴァリン投与

RI室にて

①放射濃度確認
②インフュージョンポンプ・0.22μ 静脈フィルター(蛋白低吸着性)準備
③ゼヴァリン・イットリウム MBq
10分間かけて静注
④生食フラッシュ
⑤ 過敏反応確認

今回　　サイクル目

登録番号　191

治療日：　　月　　日

化学療法指示書

PTX＋CDDP＋Bmab　　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

＊ 子宮頸癌

投与スケジュール

Day　1　　2 2

パクリタキセル（ 175mg/㎡ ）

シスプラチン（ 50mg/㎡ ）

ベバシズマブ（ 15mg/kg ）

※内服薬
Day1：イメンド（125mg） 1cap ルート確保時
Day2、3：イメンド(80mg) 1cap 朝食後
Day2～4：デカドロン4mg 2錠 朝食後

Day1　　月　　日

レスタミンコーワ10mg 5錠 P.O.

イメンド（125mg） 1Cap P.O.

生理食塩液100ml ルート確保・フラッシュ用

側管①
KN3号輸液　500mL

120分

30分

本体①
生理食塩液 100mL
デキサート(6.6) 3V
ファモチジン（20mg） 1A

30分

本体②
グラニセトロン静注バッグ 3mg/50mL

側管②
生理食塩液　500mL

120分

180分

本体③
生理食塩液 500mL
パクリタキセル　mg

側管③
生理食塩液　500mL

120分

※※

本体④
生理食塩液 100mL
アバスチン　mg
※総量100mLとする

※※下記注意参照□
初回90分
2回目60分
3回目30分

180分

本体⑤
生理食塩液 500mL
シスプラチン　mg
※総量500mLとする

90分

本体⑥
KN3号 500mL
フロセミド(20) 1A

Day2　　月　　日

Day2、3：イメンド(80mg) 1cap 朝食後

本体①
KN3号輸液　500mL

90分

本体②
KN3号輸液　500mL
フロセミド(20)　1A

90分

登録番号　192

化学療法指示書
CDDP＋PEM ＋Bmab（ｼｮｰﾄﾊｲﾄﾞﾚｰｼｮﾝ） 3～4週毎

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

＊ 肺腺癌

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

CDDP(cisplatin、シスプラチン)75mg/㎡＝(　　)mg/body day1

PEM(pemetrexed、アリムタ)500mg/㎡＝(　　)mg/body day1

Bmab(bevacizumab、アバスチン)15mg/kg=　(　　)mg/body day1

＊3～4週毎投薬

※内服薬
Day1：イメンド(125mg)　1cap ルート確保時に
Day2、3：イメンド(80mg)　1cap 朝食後
Day2～4：デカドロン4mg　2錠　朝食後

コース目　　月　　日(day1)

＊点滴前に水分(水、茶など)1000mL摂取する

生理食塩液100mL　ルート確保・フラッシュ用

ルート確保時に
イメンド(125mg)　1Cap内

[　:　]
本体①
生理食塩液　50mL
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　100mL
アリムタ　mg
(500mg/㎡)
↓ 10分

[　:　]
本体③
ソリタT1号輸液　500mL
アスパラカリウム注10ml　1A
静注用マグネゾール20ml　0.5A
↓ 60分

[　:　]
本体④
20%マンニットール300ml　1本
↓ 30分

[　:　]
本体⑤
生理食塩液　250mL
シスプラチン　mg
(75mg/㎡)
↓ 60分

[　:
本体⑥
ソリタT1号輸液　500mL
アスパラカリウム注10ml　1A
↓ 60分

[　:　]
本体⑦
生理食塩液　100mL
アバスチン　mg
(15mg/kg)
↓ ※

※下記注意参照
初回90分
2回目60分
3回目以降30分

〈ビタミンB12投与〉
アリムタ初回投与の1週間以上前にビタミンB12　1mg（メチコバール注（500μg）2A）筋注
その後アリムタ最終投与日から22日目まで9週毎に筋注つづける

〈葉酸投与〉
アリムタ初回投与の1週間以上前より葉酸1日1回0.5mg（パンビタン末1g分1朝食後）を連日経口投与
その後アリムタ最終投与日から22日目まで連日経口投与つづける

◆投与開始基準

第1コースday1開始基準	第2コース以降day1開始基準	第2コース以降の投与量減量基準（血液毒性）		
PS：0－1	PS：0－1			MTA/CDDP(mg/㎡)
NEU≧2000	NEU≧2000	NEU＜500及び、PLT≧50,000		前回の75%
Hb：≧9.0		NEUに関わらず、PLT≦50,000		前回の50%
PLT：≧100000	PLT：≧100000			
AST/ALT≦100/112（肝臓に腫瘍なし）	AST/ALT≦100/112（肝臓に腫瘍なし）	第2コース以降の投与量減量基準（非血液毒性）		
AST/ALT≦200/225（肝臓に腫瘍あり）	AST/ALT≦200/225（肝臓に腫瘍あり）			
クレアチニンが正常値以下	クレアチニンが正常値以下		MTA（mg/㎡）	CDDP（mg/㎡）
予測クレアチニン・クリアランス又は、 24時間クレアチニンクリアランス≧45mL/min	予測クレアチニン・クリアランス又は、 24時間クレアチニンクリアランス≧45mL/min	下痢≧G3又は 入院を要する下痢	前回の75%	前回の75%
SpO2≧92%	非血液毒性≦G2（末梢神経障害≦G1）	粘膜炎以外≧G3	前回の75%	前回の75%
血痰がない	血痰がない			
蛋白尿≦＋1	下記参照			
PT-INR≦1.5				

＊蛋白尿

Grade 4	ネフローゼ症候群	CDDP /PTX/Bev すべての投与を中止
Grade 3	4＋または、＞3.5 g/24h	Grade1 以下に回復するまで CDDP /PTX/Bev すべてを休薬。 回復後，次コースより CDDP /PTX/Bev すべて同一用量で再開。
Grade 2	2＋～3＋または、1.0～3.5g/24h	Grade1 以下に回復するまで Bev を休薬。
Grade 1	1＋または、0.15～1.0g/24h	投与継続、モニタリング継続

＊アバスチンの投与について
アバスチンは初回投与時90分かけて点滴静注。
忍容性良好であれば2回目は60分、3回目以降は30分かけて投与する。
ただし、ショック、アナフィラキシー様症状が認められた場合にはアバスチンの投与は中止とする。
infusion reaction(蕁麻疹、呼吸困難、口唇浮腫、咽頭浮腫など)を発現した場合には、次回投与時
30分延長して投与とする（最大90分まで）。

◆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（10mg）1A　点滴静注（30分）　1日2回まで
2）生食100mL＋デキサート（6.6mg）1A＋エリーテン（10mg）1A　点滴静注（60分）　1日1回まで

今回　　サイクル目

治療日：　　月　　日

登録番号　193

化学療法指示書

3weekly PTX+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
進行・再発乳がん

投与スケジュール

Day（投与日）	1 (/)	8 (/)	15 (/)	22 (/)	29 (/)
paclitaxel（175 mg/m^2）	↓			↓	
trastuzumab（6 mg/kg）＊初回のみ8mg/kg	↓			↓	

＊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

3 週ごと　投薬

生理食塩液100mL　ルート確保・フラッシュ用

※フィルター付きルート要

本体①
グラニセトロン点滴静注バッグ　1袋
デキサート(6.6mg)　3V
ファモチジン（20mg）　1A

↓ 15分

本体②
生理食塩液250mL　1V
トラスツズマブBS　　mg（6mg/kg）
※初回のみ（8mg/kg）

↓ 90分※

※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

レスタミンコーワ（10mg）　5錠P.O.

本体③
生理食塩液100mL　1V
（経過観察用）

↓ 30分

本体④
生理食塩液500mL　1V
パクリタキセル＿＿＿＿mg
(175mg/m^2)

↓ 180分

今回　　サイクル目

治療日：　　月　　日

登録番号　194

化学療法指示書

Tmab＋PER　　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
進行・再発乳がん

投与スケジュール

Day（投与日）	1	8	15	22	29
	（　/　）	（　/　）	（　/　）	（　/　）	（　/　）
pertuzumab（420mg）（初回のみ840mg）	↓			↓	
trastuzumab（6mg/kg）（初回のみ8mg/kg）	↓			↓	

＊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

3 週ごと　投薬

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250mL　1V
パージェタ　420　mg

↓ 60分※

［※ 初回のみ
生理食塩液250mL　1V
パージェタ　840　mg］

＊パージェタの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

生理食塩液100mL　【30分経過観察】

↓ 30分

本体②
生理食塩液250mL　1V
トラスツズマブBS　mg（6mg/kg）

↓ 90分※

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

＊トラスツズマブBSの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

今回　　サイクル目

治療日:　　月　　日

登録番号　195

化学療法指示書

PTX(w)+Tmab(3w)　　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
乳がん術後補助

投与スケジュール

Day（投与日）	1 (/)	8 (/)	15 (/)	22 (/)	29 (/)
paclitaxel（80 mg/m^2）	↓	↓	↓	↓	↓
trastuzumab（6 mg/kg）＊初回のみ8mg/kg	↓			↓	

＊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

3 週ごと　投薬

Day1:　　月　　日

生理食塩液100mL　ルート確保･フラッシュ用　※フィルター付きルート要

本体①
グラニセトロン点滴静注バッグ　50mL
デキサート(6.6mg)　1V
ファモチジン(20mg)　1A

↓ 15分

本体②
生理食塩液250mL　1V
トラスツズマブBS　＿＿＿mg（6mg/kg）
※初回のみ（8mg/kg）

↓ 90分※

※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

レスタミンコーワ(10mg)　5錠P.O.

本体③
生理食塩液100mL　1V
(経過観察用)

↓ 30分

本体④
生理食塩液250mL　1V
パクリタキセル　＿＿＿mg
(80mg/m^2)

↓ 60分

Day8　:　　月　　日
Day15:　　月　　日

レスタミンコーワ(10mg)　5錠P.O.　※フィルター付きルート要

生理食塩液100mL　ルート確保･フラッシュ用

本体①
グラニセトロン点滴静注バッグ　50mL
デキサート(6.6mg)　1V
ファモチジン(20mg)　1A

↓ 15分

本体②
生理食塩液100mL　1V
(経過観察用)

↓ 30分

本体③
生理食塩液250mL　1V
パクリタキセル　＿＿＿mg
(80mg/m^2)

↓ 60分

患者名 ＿＿＿＿＿＿ 様　　化学療法名 JALSG-ALL202U　　指示医師名：＿＿＿＿＿＿

ID

第 ☐ コース

治療開始日

化学療法指示

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
年齢係数		
心係数		
前治療係数		

算出値		処方量	
ﾋﾞﾝｸﾘｽﾁﾝ	0.0		mg
L-ｱｽﾊﾟﾗｷﾞﾅｰｾﾞ	0		U
ﾋﾟﾗﾙﾋﾞｼﾝ	0.0		mg
ｼｸﾛﾎｽﾌｧﾐﾄﾞ	0.0		mg
ﾃﾞｷｻﾒﾀｿﾞﾝ	0.0		mg

今回は
第 1 2 3 4 サイクル

Regimen

Vincristine 1.5 mg/m² day1,8,15,22
L-asparaginase 6000 U/m2
day8,10,12,14,16,18,20,22

Pirarubicin 25 mg/m², day 1,2
Cyclophosphamide 1200 mg/m²、day3
Dexamethasone 10mg/m² day1～7

第1日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ﾃﾞｷｻｰﾄ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 全開で滴下
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ｵﾝｺﾋﾞﾝ 0 mg / 生食 50 mL / 点滴 全開で滴下
- ﾋﾟﾉﾙﾋﾞﾝ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 30分

第2日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ﾃﾞｷｻｰﾄ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 全開で滴下
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ﾋﾟﾉﾙﾋﾞﾝ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 30分

第3日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ﾃﾞｷｻｰﾄ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 全開で滴下
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ｴﾝﾄﾞｷｻﾝ 0 mg / 生食 250 mL / 点滴 60分

第4日
- ﾃﾞｷｻｰﾄ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 全開で滴下

第5日
- ﾃﾞｷｻｰﾄ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 全開で滴下

第6日
- ﾃﾞｷｻｰﾄ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 全開で滴下

第7日
- ﾃﾞｷｻｰﾄ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 全開で滴下

第8日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ｵﾝｺﾋﾞﾝ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 全開で滴下
- ﾛｲﾅｰｾﾞ 0 U / 生食 500 mL / 点滴 4時間

第10日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ﾛｲﾅｰｾﾞ 0 U / 生食 500 mL / 点滴 4時間

第12日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ﾛｲﾅｰｾﾞ 0 U / 生食 500 mL / 点滴 4時間

第14日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ﾛｲﾅｰｾﾞ 0 U / 生食 500 mL / 点滴 4時間

第15日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ｵﾝｺﾋﾞﾝ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 全開で滴下

第16日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ﾛｲﾅｰｾﾞ 0 U / 生食 500 mL / 点滴 4時間

第18日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ﾛｲﾅｰｾﾞ 0 U / 生食 500 mL / 点滴 4時間

第20日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ﾛｲﾅｰｾﾞ 0 U / 生食 500 mL / 点滴 4時間

第22日
- 生食 100 mL / ルートキープ 10:00
- ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ 1 キット / 点滴 全開で滴下
- ｵﾝｺﾋﾞﾝ 0.0 mg / 生食 50 mL / 点滴 全開で滴下
- ﾛｲﾅｰｾﾞ 0 U / 生食 500 mL / 点滴 4時間

今回　　サイクル目

登録番号　197

治療日：　　月　　日

化学療法指示書

エリブリン＋Tmab＋PER　療法

患者ID			アルコール過敏		
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
進行・再発乳がん

投与スケジュール

Day（投与日）	1	8	15	22	29
	（　/　）	（　/　）	（　/　）	（　/　）	（　/　）
pertuzumab（420mg）（初回のみ840mg）	↓			↓	
trastuzumab（6mg/kg）（初回のみ8mg/kg）	↓			↓	
Eribulin（1.4mg/m^2）	↓	↓		↓	

Day1：　　月　　日

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　250mL
パージェタ　mg

↓ 60分

※ 初回のみ
生理食塩液250mL　1V
パージェタ　840　mg

＊パージェタの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

生理食塩液100mL　【30分経過観察】

↓ 30

本体③
生理食塩液　250mL
トラスツズマブBS　mg（6mg/kg）

↓ 90分※

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

＊トラスツズマブBSの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

本体④
生理食塩液　50mL
ハラヴェン　（　　）mg

↓ 5分

本体⑤
生理食塩液　100mL

↓ 全開

Day8：　　月　　日

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

↓ 5分

本体③
生理食塩液　100mL

↓ 全開

ハラヴェン　投与開始基準(各サイクル共通)

下記の基準を満たさない場合、投与を延期

・好中球数：1000/㎣以上
・血小板数：75000/㎣以上
・非血液毒性：Grade2以下

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/㎡	→	1.1mg/㎡
1.1mg/㎡	→	0.7mg/㎡
0.7mg/㎡	→	投与中止を考慮

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/mm³）
●発熱または感染症を伴う好中球減少（＜1000/mm³）
●血小板減少（＜25000/mm³）
●輸血を要する血小板減少（＜50000/mm³）
●Grade3以上の非血液毒性

ハラヴェン　各サイクル2週目

投与再開基準	投与延期後1週間以内に投与開始基準を満たした場合、減量して投与
休薬基準	投与延期後1週間以内に投与開始基準を満たさない場合

患者名 _____ 様　　化学療法名 GO

ID

指示医師名: _____

開始日

化学療法指示

Regimen		
Mylotarg	9 mg/m^2	day 1

★2週毎　2サイクルまで

今回は
第 1 2 サイクル

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
年齢係数		
心係数		
前治療係数		

	算出値	処方量	
マイロターグ	0		mg
生食		100	ml

② 内服薬処方

ロキソプロフェン	1	錠
レスタミンコーワ	3	錠

治療日　第1日

体調確認

・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
・その他体調不良	有・無

看護師署名 _____

治療実施　　可　不可

医師署名 _____

治療実施

※インラインフィルター使用

① ロキソプロフェン 1 錠
レスタミンコーワ 3 錠
内服

② ソルコーテフ 100 mg
生食 100 ml
点滴、30分
↓
③ マイロターグ 0 mg
生食 100 ml
点滴、2時間
点滴ボトル遮光

医師署名 _____

マイロターグ点滴経過

	脈拍	血圧	SpO2	体温	痒み	発疹	嘔気	胸苦	
前					有・無	有・無	有・無	有・無	:
30分					有・無	有・無	有・無	有・無	:
60分					有・無	有・無	有・無	有・無	:
120分					有・無	有・無	有・無	有・無	:
240分					有・無	有・無	有・無	有・無	:

・血管痛	有・無
・点滴漏れ	有・無
・その他の問題	有・無

実施看護師署名: _____

今回　　サイクル目

治療日：　　月　　日

登録番号　199

化学療法指示書

SP＋Tmab　　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
進行・再発胃がん

投与スケジュール

Day（投与日）	1	8	14	15	22
	（　/　）	（　/　）	（　/　）	（　/　）	（　/　）

S-1（ 80mg～120mg ）

※S-1はDay1～Day14まで内服

CDDP（ 60mg/㎡ ）

trastuzumab（6mg/kg）
（初回のみ8mg/kg）

3週毎

Day1：　　月　　日

側管①
生理食塩液　500mL
ﾒﾄｸﾛﾌﾟﾗﾐﾄﾞ　1A

120分

15分

生理食塩液　100mL
ルートキ確保・フラッシュ用

内服薬Day1
イメンドカプセル125mg　1cap
シスプラチン投与1時間前に内服

本体①
生理食塩液　100mL
アロキシ　1V
デキサート（6.6）　1V
デキサート(1.65)　2A

側管②
KN3号　500mL
ﾒﾄｸﾛﾌﾟﾗﾐﾄﾞ　1A

180分

1回目※ 90分
2回目～ 30分

本体②
生理食塩液　250mL
トラスツズマブ
（6mg/kg）※初回のみ8mg/kg

S-1投与量(1日投与量)	
体表面積(㎡)	1日投与量
1.25未満	80mg
1.25以上 1.50未満	100mg
1.50以上	120mg

側管③
KN3号　500mL
ﾒﾄｸﾛﾌﾟﾗﾐﾄﾞ　1A

180分

180分

本体③
生理食塩液　500mL
シスプラチン　（　　）mg
（60mg/㎡）　※総量500mLにする

※ハーセプチン
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分間まで短縮できる

120分

本体④
KN3号輸液　500mL
フロセミド20mg　1A
デキサート6.6mg　1A

Day2：　　月　　日

内服薬 Day2から
デカドロン4mg　2錠×3日間
イメンドカプセル80mg　1cap×2日間

本体①
KN3号　500mL
ﾒﾄｸﾛﾌﾟﾗﾐﾄﾞ　1A

90分

本体②
KN3号　500mL
ﾒﾄｸﾛﾌﾟﾗﾐﾄﾞ　1A
フロセミド20mg　0.5A

90分

今回　　サイクル目

登録番号　　200

治療日：　　月　　日

化学療法指示書

ドキソルビシン　　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

切除不能
悪性軟部腫瘍

投与スケジュール

Day	1	2	22
（投与日）	（　/　）	（　/　）	（　/　）

ドキソルビシン
（　30　mg/m^2　）

3週毎

Day1:	月	日
Day2:	月	日

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	**50mL**
ドキソルビシン	**（　　）mg**

30分