治療日：　　月　　日

今回（　　）

サイクル目

化学療法指示書

登録番号 21

FEC(100)×3or4⇒DTX(70)×3or4

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

・乳癌術後補助
（N(+)推奨）

ER:	＋＋・＋・－
PgR:	＋＋・＋・－
HER2:	＋＋・＋・－
20mm:	以下・超
核Grade	1・2・3
脈管侵襲:	無・有
35歳:	未満・以上
N:	－・4ヶ未満・4ヶ以上

投与スケジュール

Day　1　　22

Epirubicine(100mg/m²)

Cyclophosphamide(500mg/m²)

5-FU(500mg/m²)

3W毎に3or4コース

生理食塩液100ml　ルート確保・フラッシュ用

ボトル①
生理食塩液100mL　1 V
アロキシ　1 V
デキサート（6.6mg）　2 V
10分

ボトル②
生理食塩液50mL　1 V
ｴﾋﾟﾙﾋﾞｼﾝ塩酸塩(100mg/m²)　mg
約10分

ボトル③
生理食塩液100mL　1 V
エンドキサン(500mg/m²)　mg
30分

ボトル④
生理食塩液100mL　1 V
5-FU(500mg/m²)　mg
30分

内服薬

Day1
イメンド（アプレピタント）125mg：1 cap
点滴投与1時間前服用

Day2～
イメンド（アプレピタント）80mg：1 cap
分1 (朝)　×　2日
デカドロン（4m g）　2錠
分2　×　3日

Day　1　　22

Docetaxel
(70mg/m²)

3週毎に3or4コース

生理食塩液100ml　ルート確保・フラッシュ用

ボトル①
グラニセトロン注(3mg/50mL)　1 袋
デキサート　6.6 mg　1 V
15分

ボトル②
生理食塩液250mL　1 V
ドセタキセル(70 mg/m²)　mg
90分

治療日: 月 日

今回（　　）
サイクル目

化学療法指示書

登録番号 22

EC(100)×4⇒wPTX(80)×12

ＩＤ:		アルコール過敏症:			
氏名				指示者	
身長	cm	体重	kg	体表面積	㎡

・乳癌術後補助
(N(+)推奨)

ER:	＋＋・＋・－
PgR:	＋＋・＋・－
HER2:	＋＋・＋・－
20mm:	以下 ・ 超
核Grade	1・2・3
脈管侵襲:	無 ・ 有
35歳:	未満・以上
N:	ー・4ヶ未満・4ヶ以上

投与スケジュール

Day 1 22

Epirubicine(100mg/m²)

Cyclophosphamide(600mg/m²)

3W毎に4コース

生理食塩液100ml ルート確保・フラッシュ用

ボトル①
生理食塩液100mL 1 V
アロキシ 1 V
デキサート（6.6mg） 2 V
→ 10分

ボトル②
生理食塩液50mL 1 V
エピルビシン塩酸塩(100mg/m²) mg
→ 約10分

ボトル③
生理食塩液100mL 1 V
エンドキサン(600mg/m²) mg
→ 30分

内服薬

Day1
イメンドカプセル（125mg） 1カプセル
点滴投与1時間前服用

Day2～
イメンドカプセル（80mg） 1カプセル
分1 (朝) × 2日
デカドロン（4m g） 2錠
分2 × 3日

Day 1 8 15 29

Paclitaxel (80mg/m²)

3週投与 1週休薬 ×4

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

レスタミンコーワ錠(10mg) 5錠内服

[ ]
本体①
グラニセトロン注(3mg/50mL) 1 袋
デキサート(6.6mg) 1 V
ファモチジン（20mg） 1 A
→ 15分

生理食塩液100mL 1 V
(経過観察用)
→ 30分

[ ]
本体②
生理食塩液250mL 1 V
パクリタキセル _____ mg
(80mg/m²)
→ 60分

治療日:	月	日

今回(　　)サイクル目

化学療法指示書

登録番号 23

3weekly Tmab 療法

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

HER2陽性

・乳癌術後補助(1年間)
・進行再発乳癌

投与スケジュール（標準的化学療法終了後）

Day　1　　22

trastuzumab (6mg/kg)

(初回のみ:8mg/kg)

3週毎

アンスラサイクリン系との併用禁忌

生理食塩液100ml　ルート確保・フラッシュ用

[　　]

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

90分※

初回のみ：8mg/kg
生理食塩液250mL　　1 V
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分間**まで短縮できる

治療日: 月 日

今回(　　)サイクル目

化学療法指示書

登録番号 24

weekly Tmab 療法

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

HER2陽性

・再発乳癌

投与スケジュール

Day	1	8	15	→
trastuzumab (2mg/kg)	↓	↓	↓	

(初回のみ:4mg/kg)

アンスラサイクリン系との併用禁忌

生理食塩液100ml ルート確保・フラッシュ用

[　　]

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

90分 ※

初回のみ：4mg/kg	
生理食塩液250mL	1 V
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分間まで**短縮できる

治療日： 月 日

今回（ ）サイクル目

化学療法指示書

登録番号 25

DTX + Tmab 療法

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

HER2陽性

・再発乳癌 1st

投与スケジュール

Day	1	8	15	22
Docetaxel (60mg/m²)	↓			↓
trastuzumab (2mg/kg)	↓	↓	↓	↓

(初回のみ:4mg/kg)

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) 1 V

↓ 15分

[ ] **本体②**
生理食塩液250mL 1 V
ドセタキセル _____ mg
(60mg/m²)

↓ 90分

[ ] **本体③**
生理食塩液250mL 1 V
トラスツズマブBS _____ mg
(2mg/kg)

↓ 90分 ※

（**初回のみ：4mg/kg**
生理食塩液250mL 1 V
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分間まで**短縮できる

治療日: 月 日

今回(　　)サイクル目

化学療法指示書

登録番号 26

TC(75)×4 療法

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

・乳癌術後補助
(N(−) or N1～3(?))

投与スケジュール

Day 1 → 22

Docetaxel(75mg/m²)

Cyclophosphamide(600mg/m²)

3週毎に4コース

ER:	＋＋・＋・−
PgR:	＋＋・＋・−
HER2:	＋＋・＋・−
20mm:	以下 ・ 超
核Grade	1 ・ 2 ・ 3
脈管侵襲:	無 ・ 有
35歳:	未満 ・ 以上
N:	−・4ヶ未満・4ヶ以上

生理食塩液100ml ルート確保・フラッシュ用

ボトル①
グラニセトロン注(3mg/50mL) 1 袋
デキサート(6.6mg) 1 V

↓ **10分**

ボトル②
生理食塩液250mL 1 V
ドセタキセル(75mg/m²) mg

↓ **90分**

ボトル③
生理食塩液100mL 1 V
エンドキサン(600mg/m²) mg

↓ **30分**

治療日: 月 日

今回(　　)サイクル目

化学療法指示書

登録番号 27

Weekly PTX + Tmab 療法

ＩＤ:		アルコール過敏症:			
氏名				指示者	
身長	cm	体重	kg	体表面積	㎡

HER2陽性

・再発乳癌 1st,2nd

投与スケジュール

Day	1	8	15	22	29
Paclitaxel (80mg/m²)	↓	↓	↓		↓
trastuzumab (2mg/kg)	↓	↓	↓	↓	↓

(初回のみ:4mg/kg)

レスタミンコーワ錠(10mg)　5T　P.O.

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

↓ 15分

[　　] 生理食塩液100mL　1 V
(経過観察用)

↓ 30分

[　　] **本体②**
生理食塩液250mL　1 V
パクリタキセル　＿＿＿＿＿ mg
(80mg/m²)

↓ 60分

[　　] **本体③**
生理食塩液250mL　1 V
トラスツズマブBS　＿＿＿＿＿ mg
(2mg/kg)

↓ 90分※

初回のみ：4mg/kg
生理食塩液250mL　1 V
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分間まで短縮できる

治療日：	月	日

今回（　　）サイクル目

登録番号 29

化学療法指示書
GEM　療法

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

・進行胆道癌
・進行膵癌
・膵癌術後補助
・卵巣癌
・尿路上皮癌

投与スケジュール

Day	1	8	15	29
Gemcitabine (1,000mg/m^2)	↓	↓	↓	↓

3週投薬、1週休

(膵癌術後補助:3～6コース)

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　　1 V
デキサート(6.6mg)　　1 A

↓ **15分**

[　　]

本体②
生理食塩液100mL　　1 V
ゲムシタビン　　＿＿＿＿＿mg
(1,000mg/m^2)
（総量100mL に）

↓ **30分**

治療日: 月 日

今回（　　）サイクル目

化学療法指示書

登録番号 31

インフリキシマブ　療法

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

・クローン病
・潰瘍性大腸

投与スケジュール

Day　1　　57

Infliximab
(5　mg/kg)

8週毎

潰瘍性大腸炎のみ
＊６週投与以後、効果が減弱した場合、
10mg/kg　を1回の投与量とすることができる。
（投与間隔は8週毎）

導入時はday1,day15,day43に投与
以後8W毎

※フィルター付きルート要

維持療法として

生理食塩液100mL　ルートキープ・フラッシュ用

[　　:　　]
本体①
生理食塩液100mL　　1 V
ソル・メドロール125mg　　1 V

30分

bolus

[　　:　　]
側①
ポララミン　　1 V

[　　:　　]
本体②
生理食塩液 250mL　　1 V
レミケード　　＿＿＿＿mg
（　5 mg/kg）

120分

※初回～4回まで
レミケード40/Hでスタート。30分後
問題なければ120/Hに速度あげて投与可

治療日: 月 日

今回(　　)サイクル目

化学療法指示書

登録番号 31

レミケード　療法

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

・クローン病
・潰瘍性大腸

投与スケジュール

Day　1　　57

Infliximab
(5　mg/kg)

8週毎

潰瘍性大腸炎のみ
＊6週投与以後、効果が減弱した場合、
10mg/kg　を1回の投与量とすることができる。
（投与間隔は8週毎）

導入時はday1,day15,day43に投与
以後8W毎

※フィルター付きルート要

維持療法として

生理食塩液100mL　ルートキープ・フラッシュ用

[　　:　　]
本体①
生理食塩液100mL　1 V
ソル・メドロール125mg　1 V

30分

bolus

[　　:　　]
側①
ポララミン　1 V

[　　:　　]
本体②
生理食塩液 250mL　1 V
レミケード　＿＿＿＿mg
(　5 mg/kg)

120分

※初回～4回まで
レミケード40/Hでスタート。30分後
問題なければ120/Hに速度あげて投与可

化学療法指示票
DTX　weekly

登録番号 36

・前立腺癌

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

投与スケジュール

Day	1	8	15	22
Docetaxel (40 mg/body)	⇩	⇩	⇩	

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
生理食塩液　250mL　　１Ｖ
ﾄﾞｾﾀｷｾﾙ点滴静注用　＿＿＿＿mg
（　40　mg/body ）

60分

60分以上かけて滴下

今回　　サイクル目

治療日：　　月　　日

登録番号　　37

化学療法指示書

DTX 3 weekly　　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

去勢抵抗性
前立腺がん

投与スケジュール

Day	1	8	15	22
（投与日）	（　/　）			（　/　）

ドセタキセル
（　75　mg/m^2　）

※内服ステロイド併用

3週ごと投与

大塚生理食塩液　100mL　　ルート確保・フラッシュ用

グラニセトロン静注用バッグ3mg/50mL　1袋
デキサート6.6mg　1V

15分

生理食塩液　250mL
ドセタキセル点滴静注用　（　　）mg

60分

患者名　　様　　化学療法名 R-THP-CVP　　指示票2枚の内 No.1　　指示医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿

ID

治療日

化学療法指示

Regimen		
Rituximab	375 mg/m^2	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
採用体表面積	0.00	m^2

	算出値	処方量	
リツキサン	0		mg
生食	0		ml

② 注射オーダー入力 □

③ 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

治療日

ChemoNavi

今回は
第 1 2 3 4 5 6 7 8 サイクル
リツキサンコメント：なし

1月0日
↓

治療日	0	1	2	3	4	5	･･････ 21
ﾘﾂｷｻﾝ	●						
ｴﾝﾄﾞｷｻﾝ		●					
ﾋﾞﾉﾙﾋﾞﾝ		●					
ﾌｨﾙﾃﾞｼﾝ		●					
ﾌﾟﾚﾄﾞﾆﾝ		●	●	●	●	●	

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

前投薬

ﾛｷｿﾌﾟﾛﾌｪﾝ	1 錠
ﾚｽﾀﾐﾝｺｰﾜ	3 錠

点滴

患者個人・指示票照合
静脈確保

医師署名：＿＿＿＿＿＿＿＿

① ソルコーテフ　100 mg
生食　100 ml
点滴、30分
↓
② リツキサン　0 mg
生食(500ml)　0 ml

A設定 □
B設定 □

A設定	B設定
25ml/h（1時間）↓ 100ml/h（1時間）↓ 200ml/h ↓	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	
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：＿＿＿＿＿＿＿＿

患者名　　様　　化学療法名 R-THP-CVP　　指示票2枚の内 No.2　　指示医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿

ID

治療日

化学療法指示

Regimen		CHOP
Pirarubicin	40 mg/m^2	day 1
Cyclophosphamide	600 mg/m^2	day 1
Vindesine	1.6 mg/m^2	day 1
Predonisolone	60 mg/b	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 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		総投与量
エンドキサン	0		mg	
ピノルビン	0		mg	0 mg/m^2
フィルデシン	0.00		mg	
プレドニン	60		mg	

② 内服薬処方

プレドニン　錠
・5日分

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	0	1	2	3	4	5	･････････ 21
ﾘﾂｷｻﾝ	●						
ｴﾝﾄﾞｷｻﾝ		●					
ﾋﾟﾉﾙﾋﾞﾝ		●					
ﾌｨﾙﾃﾞｼﾝ		●					
ﾌﾟﾚﾄﾞﾆﾝ		●	●	●	●	●	

体調の確認

・体温 ＿＿ ℃　　SpO2 ＿＿ %

・血圧 ＿＿＿　　脈拍 ＿＿＿

・倦怠感　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＿＿＿＿＿＿＿＿

点滴準備

ﾎﾞﾄﾙ/ｼﾘﾝｼﾞ
No

③ = フィルデシン 0 mg / 生食 50 ml

④ = ピノルビン 0 mg / 生食 100 ml

⑤ = エンドキサン 0 mg / 生食 250 ml

治療実施

内服確認
プレドニン 0 錠
0

点滴
患者個人・指示票照合

① 生食 100 ml
ルート確保・フラッシュ用

② ← グラニセトロン 1袋
①の側管、全開

③ ← フィルデシン 0 mg / 生食 50 ml
①の側管、全開

④ ← ピノルビン 0 mg / 生食 100 ml
①の側管、点滴、30分

⑤ ← エンドキサン 0 mg / 生食 250 ml
①の側管、点滴、1時間

実施医師署名：＿＿＿＿＿＿＿＿

開始 ＿＿＿：＿＿＿

治療中経過
・気分不快　有・無
・嘔気・嘔吐　有・無
・血管痛　有・無
・点滴漏れ　有・無
・その他の問題　有・無

点滴終了 ＿＿＿：＿＿＿

実施看護師署名：＿＿＿＿＿＿＿＿