

患者名 様
ID

化学療法名 VMP (cycles 5 - 9) (sc version)

指示医師: _____

治療開始日



化学療法指示	2023年1月25日	第1治療日	第1治療日	第8治療日	第8治療日																																																																																																																																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Regimen</th> </tr> <tr> <td>Bortezomib</td> <td>1.3 mg/m²</td> <td>day 1,8; 22,29</td> </tr> <tr> <td>Melphalan</td> <td>9 mg/m²</td> <td>day 1-4</td> </tr> <tr> <td>Prednisolone</td> <td>60 mg/m²</td> <td>day 1-4</td> </tr> </table> <p>① 薬剤投与量決定</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>年齢</td> <td> </td> <td>才</td> </tr> <tr> <td>身長</td> <td> </td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>実体重</td> <td> </td> <td>kg</td> </tr> <tr> <td>標準体重*</td> <td>0.0</td> <td>kg</td> </tr> <tr> <td>体表面積</td> <td>0.00</td> <td>m²</td> </tr> <tr> <td>体表面積*</td> <td>0.00</td> <td>m²</td> </tr> <tr> <td>採用体表面積</td> <td>0.00</td> <td>m²</td> </tr> </table> <p>アルケラン減量係数 </p> <p>プレドニン減量係数 </p> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <th style="text-align: left;">算出値</th> <th style="text-align: left;">処方量</th> </tr> <tr> <td>ボルテゾミブ 0.00</td> <td> mg</td> </tr> <tr> <td>アルケラン(2) 0</td> <td> 錠</td> </tr> <tr> <td>プレドニン 0</td> <td> 錠</td> </tr> </table>	Regimen			Bortezomib	1.3 mg/m ²	day 1,8; 22,29	Melphalan	9 mg/m ²	day 1-4	Prednisolone	60 mg/m ²	day 1-4	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	ボルテゾミブ 0.00	 mg	アルケラン(2) 0	 錠	プレドニン 0	 錠		<table style="width: 100%;"> <tr> <td>体温 _____</td> <td>SpO₂ _____</td> </tr> <tr> <td>血圧 _____</td> <td>脈拍 _____</td> </tr> <tr> <td>倦怠感</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>労作時息切れ</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>鼻汁・鼻閉・咽頭痛</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>咳・喀痰</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>発疹</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>食欲不振</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>腹痛・嘔気</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>下痢</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>便秘</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>しびれ</td> <td>有・無</td> </tr> </table> <p>看護師署名 _____</p> <p>治療実施 <input type="checkbox"/> 可・不可</p> <p>医師署名 _____</p>	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	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注 </td> </tr> </table>	ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>体温 _____</td> <td>SpO₂ _____</td> </tr> <tr> <td>血圧 _____</td> <td>脈拍 _____</td> </tr> <tr> <td>倦怠感</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>労作時息切れ</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>鼻汁・鼻閉・咽頭痛</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>咳・喀痰</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>発疹</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>食欲不振</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>腹痛・嘔気</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>下痢</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>便秘</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>しびれ</td> <td>有・無</td> </tr> </table> <p>看護師署名 _____</p> <p>治療実施 <input type="checkbox"/> 可・不可</p> <p>医師署名 _____</p>	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	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注 </td> </tr> </table>	ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注																																																																																																																																																																															
Regimen																																																																																																																																																																																																																																																																															
Bortezomib	1.3 mg/m ²	day 1,8; 22,29																																																																																																																																																																																																																																																																													
Melphalan	9 mg/m ²	day 1-4																																																																																																																																																																																																																																																																													
Prednisolone	60 mg/m ²	day 1-4																																																																																																																																																																																																																																																																													
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																																																																																																																																																																																																																																																																														
ボルテゾミブ 0.00	 mg																																																																																																																																																																																																																																																																														
アルケラン(2) 0	 錠																																																																																																																																																																																																																																																																														
プレドニン 0	 錠																																																																																																																																																																																																																																																																														
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																																																																																																																																																																																																																																																																														
ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注																																																																																																																																																																																																																																																																															
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																																																																																																																																																																																																																																																																														
ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注																																																																																																																																																																																																																																																																															
<p>内服チェック</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>アルケラン</td> <td> 錠</td> <td>分1、朝前</td> </tr> <tr> <td>プレドニン</td> <td> 錠</td> <td>分2、朝・昼後</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td>1月0日</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1月1日</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1月2日</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1月3日</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	アルケラン	 錠	分1、朝前	プレドニン	 錠	分2、朝・昼後	1月0日	<input type="checkbox"/>	1月1日	<input type="checkbox"/>	1月2日	<input type="checkbox"/>	1月3日	<input type="checkbox"/>		<table style="width: 100%;"> <tr> <td>体温 _____</td> <td>SpO₂ _____</td> </tr> <tr> <td>血圧 _____</td> <td>脈拍 _____</td> </tr> <tr> <td>倦怠感</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>労作時息切れ</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>鼻汁・鼻閉・咽頭痛</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>咳・喀痰</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>発疹</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>食欲不振</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>腹痛・嘔気</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>下痢</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>便秘</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>しびれ</td> <td>有・無</td> </tr> </table> <p>看護師署名 _____</p> <p>治療実施 <input type="checkbox"/> 可・不可</p> <p>医師署名 _____</p>	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	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注 </td> </tr> </table>	ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>体温 _____</td> <td>SpO₂ _____</td> </tr> <tr> <td>血圧 _____</td> <td>脈拍 _____</td> </tr> <tr> <td>倦怠感</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>労作時息切れ</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>鼻汁・鼻閉・咽頭痛</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>咳・喀痰</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>発疹</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>食欲不振</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>腹痛・嘔気</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>下痢</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>便秘</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>しびれ</td> <td>有・無</td> </tr> </table> <p>看護師署名 _____</p> <p>治療実施 <input type="checkbox"/> 可・不可</p> <p>医師署名 _____</p>	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	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注 </td> </tr> </table>	ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注																																																																																																																																																																																																										
アルケラン	 錠	分1、朝前																																																																																																																																																																																																																																																																													
プレドニン	 錠	分2、朝・昼後																																																																																																																																																																																																																																																																													
1月0日	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																														
1月1日	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																														
1月2日	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																														
1月3日	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																														
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																																																																																																																																																																																																																																																																														
ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注																																																																																																																																																																																																																																																																															
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																																																																																																																																																																																																																																																																														
ボルテゾミブ 0.0 mg 生食 0.0 ml 腹部に皮下注																																																																																																																																																																																																																																																																															
<p>ChemoNavi</p> <p>今回は 第 5 6 7 8 9 サイクル</p>		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="42">1月0日</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td colspan="38"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td>39</td><td>40</td><td>41</td><td>42</td> </tr> <tr> <td>ボルテゾミブ</td> <td>●</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>●</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>●</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>●</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>アルケラン</td> <td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>プレドニン</td> <td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				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	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	ボルテゾミブ	●							●														●								●																アルケラン	●	●	●	●																																										プレドニン	●	●	●	●																																										
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	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42																																																																																																																																																																																																																																					
ボルテゾミブ	●							●														●								●																																																																																																																																																																																																																																																	
アルケラン	●	●	●	●																																																																																																																																																																																																																																																																											
プレドニン	●	●	●	●																																																																																																																																																																																																																																																																											