

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: _____

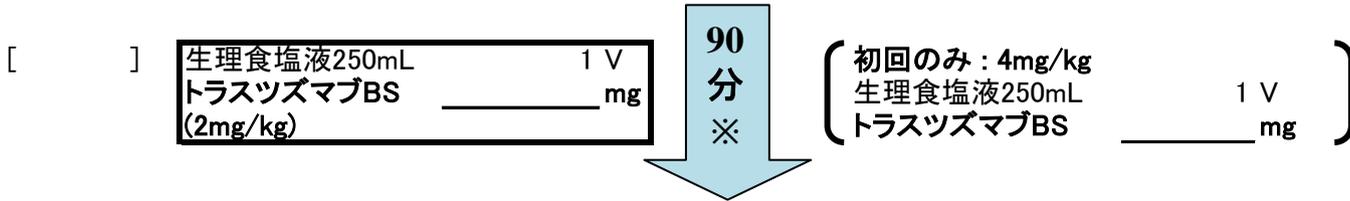
氏名	_____			指示者	_____
身長	cm	体重	kg	体表面積	m ²

HER2陽性
・再発乳癌

投与スケジュール



生理食塩液100ml ルート確保・フラッシュ用



※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