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
・潰瘍性大腸炎

投与スケジュール

Day　1　　57

Infliximab
(5　mg/kg)

8週毎

クローン病のみ
＊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

[　　：　　]
側①
ポララミン　　１Ｖ

bolus

[　　：　　]
本体②
生理食塩液100mL　　１Ｖ
ソル・メドロール125mg　　１Ｖ

30分

[　　：　　]
本体③
生理食塩液 250mL　　１Ｖ
レミケード　　＿＿＿＿mg
（　5 mg/kg）

120分