

患者名 \_\_\_\_\_ 様  
 ID \_\_\_\_\_  
 治療日 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

化学療法名 **ベンダムスチン単独**

指示医師: \_\_\_\_\_

化学療法指示	第1治療日	治療実施															
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><b>Regimen</b></p> <p>Bendamustine 120 mg/m<sup>2</sup> day 1,2</p> </div> <p>① 薬剤投与量決定</p> <p>年齢 <input type="text"/> 才</p> <p>身長 <input type="text"/> cm</p> <p>実体重 <input type="text"/> kg</p> <p>標準体重* <input type="text"/> kg</p> <p>体表面積 <input type="text"/> 0.00 m<sup>2</sup></p> <p>体表面積* <input type="text"/> 0.00 m<sup>2</sup></p> <p>採用体表面積 <input type="text"/> 0.00 m<sup>2</sup></p> <p>年齢係数 <input type="text"/></p> <p>前治療係数 <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">算出値 <span style="margin-left: 100px;">処方量</span></p> <p>ベンダムスチン <input type="text"/> 0 mg <span style="margin-left: 50px;"><input type="text"/> mg</span></p>	<p><b>体調の確認</b></p> <p>・体温 <input type="text"/> °C SpO<sub>2</sub> <input type="text"/> %</p> <p>・血圧 <input type="text"/> 脈拍 <input type="text"/></p> <p>・倦怠感 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・労作時息切れ <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・鼻汁・鼻閉・咽頭痛 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・咳・喀痰 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・発疹 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・食欲不振 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・腹痛・嘔気 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・下痢 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・便秘 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・その他体調不良 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>看護師署名 _____</p> <p>治療実施 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可</p> <p>医師署名 _____</p>	<p><b>治療実施</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>生食 <input type="text"/> 100 ml</p> <p>ルート確保</p> </div> <p>① ← グラニセロン注(3mg/50mL)1袋</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">全開</p> </div> <p>② ← ベンダムスチン <input type="text"/> 0 mg</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>生食 <input type="text"/> 250 ml</p> <p style="text-align: center;">点滴、1時間</p> </div> <p>↓</p> <p>実施医師署名: _____</p> <p>開始 _____ :</p> <p>治療中経過</p> <p>・気分不快 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・血管痛 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・点滴漏れ <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・その他の問題 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>点滴終了 _____ :</p> <p>実施看護師署名: _____</p>															
<p>コメント</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<p><b>第2治療日</b></p> <p><b>体調の確認</b></p> <p>・体温 <input type="text"/> °C SpO<sub>2</sub> <input type="text"/> %</p> <p>・血圧 <input type="text"/> 脈拍 <input type="text"/></p> <p>・倦怠感 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・労作時息切れ <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・鼻汁・鼻閉・咽頭痛 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・咳・喀痰 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・発疹 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・食欲不振 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・腹痛・嘔気 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・下痢 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・便秘 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・その他体調不良 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>看護師署名 _____</p> <p>治療実施 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可</p> <p>医師署名 _____</p>	<p><b>治療実施</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>生食 <input type="text"/> 100 ml</p> <p>ルート確保</p> </div> <p>① ← グラニセロン注(3mg/50mL)1袋</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">全開</p> </div> <p>② ← ベンダムスチン <input type="text"/> 0 mg</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>生食 <input type="text"/> 250 ml</p> <p style="text-align: center;">点滴、1時間</p> </div> <p>↓</p> <p>実施医師署名: _____</p> <p>開始 _____ :</p> <p>治療中経過</p> <p>・気分不快 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・血管痛 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・点滴漏れ <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>・その他の問題 <input type="checkbox"/> 有・無</p> <p>点滴終了 _____ :</p> <p>実施看護師署名: _____</p>															
<p><b>ChemoNavi</b></p> <p>今回は</p> <p>第 1 2 3 4 5 6 サイクル</p> <p style="text-align: center;">1月0日</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 10%;">治療日</th> <th style="width: 10%;">1</th> <th style="width: 10%;">2</th> <th style="width: 10%;">...</th> <th style="width: 10%;">21</th> </tr> <tr> <td>ベンダムスチン</td> <td>●</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	治療日	1	2	...	21	ベンダムスチン	●	●									
治療日	1	2	...	21													
ベンダムスチン	●	●															