

患者
番号

氏名

生年
月日

性別

所属

発行

年月日

化学療法注射箋

身長	体重	投与可能 中止	最終決定 医師署名
BSA=0.00 m2			

レジメン名		疾患名			医師				
SOX+HER					薬剤師				
3週毎					看護師				
Rp	薬品名・規格	投与量	手技	投与 ルート	点滴時間 速度	day1	day8	day15	
						/	/	/	/
						曜日	曜日	曜日	曜日
1	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○			
2	生理食塩液	250mL	DIV	側管	初回90min 2回目以降 30min	○			
	トラスツズマブ (初回 8mg/kg、 2回目以降6mg/kg)	mg							
3	パロノセトロン点滴静注 0.75mg/50mL	1袋	DIV	メイン	30min	○			
	デキサメタゾン注射液 6.6mg/V	1V							
4	5%ブドウ糖液	250mL	DIV	側管	120min	○			
	オキサリプラチン (130mg/m2)	mg							
5	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○			

内服 S-1 mg/day 2xMA day1-day14(day15-21は休業)

<1.25m2 40mgx2回/day

1.25~1.5m2未満 50mgx2回/day

>1.5m2 60mgx2回/day