

患者  
番号  
氏名  
生年  
月日  
性別  
所属

性別  
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					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	曜日
1	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○				
2	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								
3	5%ブドウ糖液	250mL	DIV	側管	120min	○				
	オキサリプラチン (130mg/m2)	mg								
4	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