

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					
CDDP+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	曜日
1	生理食塩液	100mL	DIV	メイン		○				
2	生理食塩液	250mL	DIV	メイン	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	グラニセトロン点滴静注 3mg/100mL	1袋	DIV	メイン	30min	○				
	デキサメタゾン注射液 1.65mg/A	1A								
4	生理食塩液	400mL	DIV	側管	60min	○				
	シスプラチン (80mg/m2)	mg								

備考 ・ハイドレーション必要
・フロセミド、マンニトールは必要時