

患者
番号
氏名
生年
月日
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						
CPT-11単独療法				薬剤師						
2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			
						/	/	/	/	/
						曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
1	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○				
2	グラニセトロン点滴静注 3mg/100mL	1袋	DIV	メイン	15min	○				
	デキサメタゾン注射液 6.6mg/V	1V								
3	生理食塩液	500mL	DIV	側管	90min	○				
	イリノテカン塩酸塩 (150mg/m2)	mg								
4	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○				