

患者
番号
氏名
生年
月日
性別
所属

化学療法注射箋

発行
年月日

身長	体重	投与可能 中止	最終決定 医師署名
BSA=0.00 m ²			

レジメン名		疾患名		医師					
Ram単剤				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
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							
	d-クロルフェニラミン 注射液 5mg/A	1A							
3	生理食塩液	250mL	DIV	側管	60min	○			
	ラムシルマブ (8mg/kg)	mg							
4	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○			

備考・可塑剤(DEHP)非含有、インラインフィルター付の点滴セットを使用すること