

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						
GEM+CDDP				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	ソルデム3A	500mL	DIV	メイン	90min	○	○			
	静注用マグネゾール® 20mL/本	1本								
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	生理食塩液	250mL	DIV	側管	60min	○	○			
	シスプラチン (25mg/m2)	mg								
4	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○	○			
5	生理食塩液	100mL	DIV	側管	30min	○	○			
	ゲムシタピン (1000mg/m2)	mg								
6	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○	○			