

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							
FP				薬剤師							
4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	day2	day3	day4	day5	day6-28
						/	/	/	/	/	/
						曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
1	生理食塩液	400mL	DIV	側管	120min	○					
	シスプラチン (70mg/m2)	mg									
2	生理食塩液	500mL	DIV	側管	24hr	○	○	○	○	○	
	5-FU (800mg/m2)	mg									

備考 ・制吐剤、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