

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
BSA=0.00 m2	

投与可能 中止	最終決定 医師署名

レジメン名		疾患名		医師							
DFP				薬剤師							
1コース4週間				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	day6-7
						/	/	/	/	/	/
						曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
1	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 6.6mg/V	1V									
2	生理食塩液	100mL	DIV	側管	30min	○					
	ドセタキセル (25mg/m2)	mg									
3	生理食塩液	100mL	DIV	側管	30min	○	○	○	○	○	
	シスプラチン	10mg									
4	生理食塩液	500mL	DIV	側管	24hr	○	○	○	○	○	
	5-FU (370mg/m2)	mg									

備考
・1コース4週間
・手術or次の化学療法まで4週間あける