

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				
ロンサーフ+アバステン療法					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	day8	day15	day22
						/	/	/	/
						曜日	曜日	曜日	曜日
1	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○		○	
2	生理食塩液	100mL	DIV	側管	初回:90min 2回目:60min 3回目:30min	○		○	
	ペバンズマブ (5mg/kg)	mg							
3	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○		○	

内服 ロンサーフ® 35mg/m2/回 mg/day 2xMA day1-day5、day8-day12(day6-7、day13-28は休業)