

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							
CBDCA+GEM				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	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○	○				
2	生理食塩液	100mL	DIV	メイン	30min	○	○				
	デキサメタゾン注射液 6.6mg/V	1V									
3	5%ブドウ糖液	100mL	DIV	側管	30min	○	○				
	ゲムシタピン (1000mg/m2)	mg									
4	生理食塩液	250mL	DIV	側管	60min	○					
	カルボプラチン (300mg/m2 or AUC:5)	mg									
5	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○	○				

備考・5-HT3拮抗薬は必要時