

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					
GC					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	day8	day15	day22
						/	/	/	/	/
						曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
1	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○		○	○	
2	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/A	1V								
3	生理食塩液	100mL	DIV	側管	30min	○		○	○	
	ゲムシタビン (1000mg/m2)	mg								
4	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○		○	○	
5	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								
6	生理食塩液	400mL	DIV	側管	120min			○		
	シスプラチン (70mg/m2)	mg								

備考 ・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