

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					
カドサイラ					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	250mL	DIV	側管	初回90min 2回目以降 30min	○				
	トラスツズマブ エムタンシン (3.6mg/kg)									
3	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○				

備考・インラインフィルター付の点滴セットを使用すること