

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					
ハラヴェン療法					薬剤師					
2投1休					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	50mL	DIV	メイン	10min	○	○			
	デキサメタゾン注射液 6.6mg/V	1V								
3	生理食塩液	50mL	DIV	側管	2-5min (全開で投与)	○	○			
	エリブリン (1.4mg/m2)	mg								
4	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○	○			