

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				
triweekly nab-PTX					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
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/V	1V							
3	生理食塩液	100mL	DIV	側管	30min	○			
	パクリタキセル アルブミン懸濁型 (180mg/m2)	mg							
4	生理食塩液	50mL	DIV	メイン	5min	○			

備考・パクリタキセル アルブミン懸濁型製剤はフィルターの使用不可