

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					
テセントリク+nab-PTX併用療法					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	day8	day15	day22	
						/	/	/	/	/
						曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
1	生理食塩液	50mL	DIV	メイン	30min	○	○	○		
2	パロノセトロン点滴静注 0.75mg/50mL	1袋	DIV	メイン	15min	○	○	○		
	デキサメタゾン注射液 6.6mg/V	1V								
	d-クロルフェニラミン 注射液 5mg/A	1A								
	ファモチジン注射液 20mg/A	1A								
3	生理食塩液	250mL	DIV	側管	60min 2回目以降 30min可	○		○		
	アデゾリズマブ	840mg								
4	生理食塩液	50mL	DIV	メイン	30min	○		○		
5	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 (100mg/m2)	mg								
6	生理食塩液	50mL	DIV	メイン	30min	○	○	○		

備考 ・アデゾリズマブはインラインフィルター付の点滴セットを使用すること
 ・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