

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					
GEM					薬剤師					
3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	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 1.65mg/A	2A								
3	生理食塩液	100mL	DIV	側管	30min	○	○	○		
	ゲムシタピン (1000mg/m2)	mg								
4	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○	○	○		