

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				
イミフィンジ単独療法					薬剤師				
2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		
						/	/	/	/
						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	100mL	DIV	側管	60min	○			
	デュルバルマブ (10mg/kg)	mg							
3	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○			

備考  
・希釈後の最終濃度が1-15mg/mLになるように調製すること  
・インラインフィルターを用いて投与すること