

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				
キイトルーダ単独療法					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	生理食塩液	100mL	DIV	側管	30min	○			
	ベムプロリズマブ	200mg							
3	生理食塩液	50mL	DIV	メイン	30min	○			

- 備考
- ・希釈後の最終濃度が1-10mg/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
 - ・術後補助療法の場合は、投与期間は12か月間まで