

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 | | | | | |
|-----------|--------|-------|-----|-----------|------------|------|------|----|----|
| オプジーボ単独療法 | | | | 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 | ○ | | | |
| | ニボルマブ | 240mg | | | | | | | |
| 3 | 生理食塩液 | 50mL | DIV | メイン | | ○ | | | |

備考
・希釈後の最終濃度が0.35mg/mL以上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