## 化学療法注射箋

生年										
月日	性別				身長	体 重	]			
所属 発 行 年月日							投与可能		最終決定 医師署名	
					BSA=0.00 m2		中	止		
レジメン名 疾患名				患名	医師					
HER (3週毎)+Cap					薬剤師					
3週毎					看護師					
	薬品名・規格	投与量	手技	投与 ルート	点滴時間 速 度	day1	day8	day15		
Rp						曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
1	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		· C	唯口	唯口	唯口	唯口
2	生理食塩液	250mL	DIV	側管	90min					
	トラスツズマブ (初回 8mg/kg、 2回目以降 6mg/kg)	mg				0				
3	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		0				

内服 カペシタビン 1250mg/m2/回

mg/day

2×MA

day1-day14(day15-21は休薬)