

患者  
番号  
氏名  
生年  
月日  
性別  
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					
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	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  
 ・高頻度マイクロサテライト不安定性を有する結腸・直腸がん