

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				
術後補助オブジーボ療法					薬剤師				
240mg 2週間毎 for 16週間、followed by 480mg 4週間					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 or 480mg	mg							
3	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○			

・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  
 備考 ・インラインフィルターを用いて投与すること  
 ・使用期間1年