

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					
mFOLFOX6				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	CV	メイン	ルート確保	○			
2	グラニセトロン点滴静注 3mg/100mL	1袋	CV	メイン	30min	○			
	デキサメタゾン注射液 6.6mg/V、1.65mg/A	1V、2A							
3	5%ブドウ糖液	250mL	CV	側管	120min レボ ホリナートと同時	○			
	オキサリプラチン (85mg/m2)	mg							
4	5%ブドウ糖液	250mL	CV	側管	120min (オキサリプ ラチンと同時 に投与開始)	○			
	レボホリナートカルシウム (200mg/m2)	mg							
5	生理食塩液	50mL	CV	側管	5分	○			
	5-FU (400mg/m2)	mg							
6	生理食塩液	mL	CVイン フュー ザー		46hr	○			
	5-FU (2400mg/m2)	mg							

内服 デキサメタゾン 8mg/day 分2 day2-4.朝食後 必要時