

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							
DCF療法				薬剤師							
3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	day2	day3	day4	day5	day6-21
						/	/	/	/	/	/
						曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
1	フィジオ140	1000mL	DIV	メイン	4hr	○					
2	パロノセトロン点滴静注 0.75mg/50mL	1袋	DIV	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	DIV	側管	60min	○					
	ドセタキセル (70mg/m2)	mg									
4	生理食塩液	400mL	DIV	側管	120min	○					
	シスプラチン (70mg/m2)	mg									
5	生理食塩液	500mL	DIV	側管	24hr	○	○	○	○	○	
	5-FU (750mg/m2)	mg									
6	フィジオ140	1000mL	DIV	メイン	24hr 5-FU と同時 4 時間	○					
7	ソリアセトF	500mL	DIV	メイン	初日の5FU終了まで	○					
8	ソリアセトF	500mL	DIV	メイン	5FUと同時に24hrで		○	○	○	○	

備考 ・アプレピタント内服、デキサメタゾン(day2～day4)は必要時  
・フロセミド、マンニトールは必要時