

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				
テセントリク療法		PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法			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	day8	day15	
						/	/	/	/
						曜日	曜日	曜日	曜日
1	生理食塩液	50mL	DIV	メイン	ルートキープ	○			
2	生理食塩液	250mL	DIV	側管	60min 2回目以降 30min可	○			
	アデゾリズマブ	1200mg							
3	生理食塩液	50mL	DIV	メイン	ルートフラッシュ	○			

備考 ・アデゾリズマブはインラインフィルター付の点滴セットを使用すること