

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				
アベルマブ		尿路上皮癌			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	day14		
						/	/	/	/
						曜日	曜日	曜日	曜日
1	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○			
2	アセリオ	650mg	DOV	メイン	30min	○			
3	ポララミン	5mg	DIV	メイン	30min	○			
	生理食塩液	100mL							
4	生理食塩液	250mL	DIV	側管	初回2時間 次回1時間	○			
	アベルマブ	10mg/kg							
5	生理食塩液	50mL	DIV	メイン		○			

備考・インラインフィルターを用いて投与すること