病棟・外来

化学療法ワークシート＜DCF療法＞

第　　コース

Ⅰ. 基本情報

患者ID	@PATIENTID
生年月日	@PATIENTBIRTH3
患者氏名	@PATIENTNAME
性別	@PATIENTSEXN
年齢	@PATIENTAGEFORMATTED

DCF療法(every 3 weeks)

		day1・2・3・4・5・・・・・・・・・・day22
DTX(ワンタキソテール)	70mg/㎡	↓ next
CDDP(シスプラチン)	70mg/㎡	↓ in→
5-FU(フルオロウラシル)	750mg/㎡	↓ ↓ ↓ ↓ ↓

＜疾患名＞

□ 食道がん(術前補助療法)

告 知 □ あり □ なし

〈前コースの化学療法開始日〉　　年　月　日

〈前コースの投与量〉

ワンタキソテール　mg　シスプラチン　mg　フルオロウラシル　mg

Ⅱ. 化学療法実施過程

＊投与日当日のチェック事項 （記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する）

薬剤名	規格	数量	第1日目	第2日目	第3日目	第4日目	第5日目	第6日目
1) 生食	1000mL	×1B	■					
アスパラカリウム注	10mEq/10mL	×2A						
硫酸Mg補正液	20mEq/20mL	×1A						
（持続点滴メイン：4時間）								
2) プロイメンド点滴静注用	150mg/V	×1V	■					
生食	100mL	×1B						
（持続点滴メイン：0.5時間）								
3) パロノセトロン点滴バッグ	0.75mg/50mL	×1B	■					
デキサート注	3.3mg/1mL	×3A						
（持続点滴メイン：5分）								
4) ワンタキソテール	80mg/4mL	×(　　)V	□					
ワンタキソテール	20mg/1mL	×(　　)V						
生食	250mL	X1B						
（持続点滴メイン：1時間）								
5) シスプラチン	50mg/100mL	×(　　)V	□					
シスプラチン	25mg/50mL	×(　　)V						
シスプラチン	10mg/20mL	×(　　)V						
生食	500mL	X1B						
（持続点滴メイン：2時間）								
6) フロセミド注	20mg/2mL	×1A	■					
生食	50mL	×1B						
（持続点滴側管：5分）								
7) デキサート注	3.3mg/1mL	×3A		■	■	■		
生食	50mL	×1B						
（持続点滴メイン：5分）								
7) デキサート注	3.3mg/1mL	×2A					■	
生食	50mL	×1B						
（持続点滴メイン：5分）								
8) フルオロウラシル	1000mg/20mL	×(　　)V	□	□	□	□	□	
フルオロウラシル	250mg/5mL	×(　　)V						
生食	1000mL	X1B						
（持続点滴メイン：24時間）								
9) 生食	500mL	X1B	■					
（持続点滴側管：1時間）								
9) 生食	1000mL	X1B		■	■			
（持続点滴側管：4時間）								
10) 生食	50mL	X1B						■
（持続点滴メイン：全開で フラッシュ用）								

Ⅲ. 化学療法剤投与量算出

＜DTX・CDDP・5-FU投与量 ＞

□前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(　　cm)　体重(　　Kg)

体表面積(　　m^2)

DTX(ワンタキソテール)　投与量(＿＿＿＿＿＿ mg/body)

= 70mg/m^2 × 体表面積(　　m^2) × (　　%)

CDDP(シスプラチン)　投与量(＿＿＿＿＿＿ mg/body)

= 70mg/m^2 × 体表面積(　　m^2) × (　　%)

5-FU(フルオロウラシル)　投与量(＿＿＿＿＿＿ mg/body)

= 750mg/m^2 × 体表面積(　　m^2) × (　　%)

＜備考欄＞

・本レジメンは3コース実施予定。

主治医	薬剤師	薬剤師

2024/7/2

病棟・外来

化学療法ワークシート＜DTX単独療法(食道がん)＞

第　　コース

Ⅰ. 基本情報

患者ID	@PATIENTID
生年月日	@PATIENTBIRTH3
患者氏名	@PATIENTNAME
性別	@PATIENTSEXN
年齢	@PATIENTAGEFORMATTED

DTX単独療法(食道がん) プロトコール (every 3 weeks)

DTX(ワンタキソテール)70mg/m^2　day1 ↓ ・・・・・ day22 next in ↓

〈疾患名〉
□食道がん
□
告 知 □あり □なし

〈前コースの化学療法開始日〉　年　月　日
〈前コースの投与量〉
ワンタキソテール
mg

Ⅱ. 化学療法実施過程

＊投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目
(　　)

薬剤名	規格	数量
1) デキサート注	3.3mg/1mL	×2A
ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ点滴ﾊﾞｯｸﾞ	3mg/100mL	×1B
(持続点滴:0.5時間)		
2) ワンタキソテール	80mg/4mL	×(　　)V
ワンタキソテール	20mg/1mL	×(　　)V
生食	250mL	X1B
(持続点滴:1.5時間)		
3) 生食	50mL	×1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		

Ⅲ. 化学療法剤投与量算出

＜DTX投与量＞

□前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
身長(　　cm)　体重(　　Kg)
体表面積(　　m^2)

DTX(ワンタキソテール)投与量(　　mg/body)
= 70mg/m^2 × 体表面積(　　m^2) × (　　%)

＜備考欄＞

主治医	薬剤師	薬剤師

＊ Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

H23. 7 薬局 改訂

病棟・外来

化学療法ワークシート＜FLDP（low doseFP）＞

第　　コース

Ⅰ．基本情報

患者ID	@PATIENTID
生年月日	@PATIENTBIRTH3
患者氏名	@PATIENTNAME
性別	@PATIENTSEXN
年齢	@PATIENTAGEFORMATTED

FLDP（low doseFP）プロトコール（every 4 weeks）

	day 1～5.	8～12.	15～19.	22～26.	28
CDDP（シスプラチン） 7.5mg/m^2	←→	←→	←→	←→	
5-FU（フルオロウラシル） 330mg/m^2	←→	←→	←→	←→	

〈疾患名〉
□胃がん　□食道がん

告　知　□あり　□なし

〈前コースの化学療法開始日〉　年 月 日

〈前コースの投与量〉
シスプラチン　mg　フルオロウラシル　mg

Ⅱ．化学療法実施過程

＊投与日当日のチェック事項 （記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する）

第1．2週目

薬剤名	規格	数量
1）フルオロウラシル	1000mg/20mL	×（　　）V
フルオロウラシル	250mg/5mL	×（　　）V
生食	500mL	X1B
（持続点滴：24時間）		
2）シスプラチン	50mg/100mL	×（　　）V
シスプラチン	25mg/50mL	×（　　）V
シスプラチン	10mg/20mL	×（　　）V
生食	500mL	X1B
（持続点滴）		

第1日	第2日	第3日	第4日	第5日	第6日	第7日	第8日	第9日	第10日	第11日	第12日	第13日	第14日
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

第3．4週目

薬剤名	規格	数量
1）フルオロウラシル	1000mg/20mL	×（　　）V
フルオロウラシル	250mg/5mL	×（　　）V
生食	500mL	X1B
（持続点滴：24時間）		
2）シスプラチン	50mg/100mL	×（　　）V
シスプラチン	25mg/50mL	×（　　）V
シスプラチン	10mg/20mL	×（　　）V
生食	500mL	X1B
（持続点滴）		

第15日	第16日	第17日	第18日	第19日	第20日	第21日	第22日	第23日	第24日	第25日	第26日	第27日	第28日
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

＜備考欄＞

希釈液の生食は、薬剤を入れるために適宜破棄してよい。

Ⅲ．化学療法剤投与量算出

＜ CDDP、5-FU 投与量＞

□前コースと投与量同じ（2コース目以降のみ）

身長（　　cm）　体重（　　Kg）

体表面積（　　m^2）

CDDP（シスプラチン）投与量（　　mg/body）

= 7.5mg/m^2 × 体表面積（　　m^2）×（　　%）

5-FU（フルオロウラシル）投与量（　　mg/body）

= 330mg/m^2 × 体表面積（　　m^2）×（　　%）

主治医	薬剤師	薬剤師

＊ Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

H23. 9 薬局 改訂

2024/7/2

病棟・外来

化学療法ワークシート＜FP 療法(4週毎)＞

第　　コース

Ⅰ. 基本情報

患者ID	@PATIENTID
生年月日	@PATIENTBIRTH3
患者氏名	@PATIENTNAME
性別	@PATIENTSEXN
年齢	@PATIENTAGEFORMATTED

FP 療法(4週毎)プロトコール (every 4 weeks)

		day1	2	3	4	5	6・・・・・・day29
5-FU(フルオロウラシル)	800mg/m^2		↓	↓	↓	↓	↓ next
CDDP(シスプラチン)	80mg/m^2		↓				in→

＜疾患名＞
□食道がん (進行・再発)
□
告 知 □あり □なし

〈前コースの化学療法開始日〉　年 月 日
〈前コースの投与量〉
フルオロウラシル　シスプラチン
mg　mg

Ⅱ. 化学療法実施過程

＊投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

薬剤名	規格	数量	第1日目	第2日目	第3日目	第4日目	第5日目	第6日目	第7日目
1) ソルデム3A (持続点滴メイン:6時間)	500mL	X1B							
2) ソルデム3A (持続点滴メイン:12時間)	500mL	X1B							
3) イメンドカプセルセット (内服:シスプラチン投与1～1.5時間前)		×1セット		125mg	80mg	80mg			
4) パロノセトロン点滴バッグ	0.75mg/50mL	×1B							
デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間)	3.3mg/1mL	×3A							
4) デキサート注	3.3mg/1mL	×2A							
生食 (持続点滴側管:0.5時間)	100mL	×1B							
5) フルオロウラシル	1000mg/20mL	×(　)V							
フルオロウラシル	250mg/5mL	×(　)V							
生食 (持続点滴メイン:24時間)	1000mL	×1B							
6) シスプラチン	50mg/100mL	×(　)V							
シスプラチン	25mg/50mL	×(　)V							
シスプラチン	10mg/20mL	×(　)V							
生食 (持続点滴側管:2時間)	500mL	X1B							
7) フロセミド注	20mg/2mL	×2A							
ラクテック (持続点滴側管:4時間)	1000mL	×1B							
8) ラクテック (持続点滴側管:5時間)	500mL	X1B							
9) 生食 (持続点滴メイン:全開で フラッシュ用)	50mL	×1B							

Ⅲ. 化学療法剤投与量算出

＜5-FU・CDDP投与量＞

□前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(　　cm)　体重(　　Kg)
体表面積(　　m^2)

5-FU (フルオロウラシル) 投与量(＿＿＿＿＿＿mg/body)
= 800mg/m^2×体表面積(　　m^2)×(　　%)

CDDP(シスプラチン)投与量(＿＿＿＿＿＿mg/body)
= 80mg/m^2×体表面積(　　m^2)×(　　%)

＜備考欄＞

・5)、6)は同時投与
・投薬中は毎日体重測定すること
・シスプラチンを250mL以上使用する際には、薬剤を入れるために希釈の生食を適宜破棄してよい。

主治医	薬剤師	薬剤師

＊ Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

病棟・外来

化学療法ワークシート＜Nivolumab＋Ipilimumab療法(食道がん)＞

第　　コース

Ⅰ．基本情報

患者ID	@PATIENTID
生年月日	@PATIENTBIRTH3
患者氏名	@PATIENTNAME
性別	@PATIENTSEXN
年齢	@PATIENTAGEFORMATTED

Nivolumab＋Ipilimumab療法（食道がん）プロトコール(every 6 weeks)

		day1	15	29	43
Nivolumab（オプジーボ）	240mg/body	↓	↓	↓	next
Ipilimumab（ヤーボイ）	1mg/kg	↓			in→

〈疾患名〉
□食道がん（進行・再発）

告　知　□あり　□なし

〈前コースの化学療法開始日〉　　年　　月　　日
〈前コースの投与量〉
オプジーボ　　mg　　ヤーボイ　　mg

Ⅱ．化学療法実施過程

＊投与日当日のチェック事項 （記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する）

薬剤名	規格	数量	第1日目 ( )	第15日目 ( )	第29日目 ( )
1）生食 （持続点滴メイン：ルート確保用）	100mL	×1B			
2）オプジーボ 生食 （持続点滴側管：0.5時間）	240mg/24mL 50mL	×（　　）V X1B			
3）生食 （持続点滴側管：0.5時間）	50mL	×1B			
4）ヤーボイ ヤーボイ 生食 （持続点滴側管：0.5時間）	50mg/10mL 20mg/4mL 100mL	×（　　）V ×（　　）V 30mL			
5）生食 （持続点滴側管：全開で　フラッシュ用）	50mL	×1B			

Ⅲ．化学療法剤投与量算出

＜Nivolumab・Ipilimumab投与量＞

□前コースと投与量同じ（2コース目以降のみ）
身長（　　cm）　体重（　　Kg）
体表面積（　　m^2）

Nivolumab（オプジーボ）投与量（＿＿＿＿＿＿mg/body）
＝240mg/body　×　（　　%）

Ipilimumab（ヤーボイ）投与量（＿＿＿＿＿＿mg/body）
＝1mg/kg　×　（　　%）

＜備考欄＞

・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
（輸液セット）
・オプジーボ：インラインフィルター(0.2～0.22μm)を使用すること。
・ヤーボイ：0.2～1.2ミクロンのメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与すること。
→JMS輸液セット：PVCフリーで可（上記条件を満たす）
・本レジメンは化学療法未治療の根治切除不能な進行・再発症例に使用される。

主治医	薬剤師	薬剤師

H23. 7 薬局 改訂

病棟・外来

化学療法ワークシート＜術前 High dose FP 療法(3週毎)＞

第　　コース

Ⅰ. 基本情報

患者ID	@PATIENTID
生年月日	@PATIENTBIRTH3
患者氏名	@PATIENTNAME
性別	@PATIENTSEXN
年齢	@PATIENTAGEFORMATTED

術前 High dose FP 療法(3週毎)プロトコール (every 3 weeks)

		day1	2	3	4	5	6・・・・・・day22	
5-FU(フルオロウラシル)	800mg/m^2		↓	↓	↓	↓	↓	next
CDDP(シスプラチン)	80mg/m^2		↓					in→

＜疾患名＞
□食道がん
□

告　知　□あり　□なし

〈前コースの化学療法開始日〉　年 月 日

〈前コースの投与量〉
フルオロウラシル　mg　シスプラチン　mg

Ⅱ. 化学療法実施過程

＊投与日当日のチェック事項 （記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する）

薬剤名	規格	数量	第1日目	第2日目	第3日目	第4日目	第5日目	第6日目	第7日目
1) ソルデム3A (持続点滴メイン:6時間)	500mL	X1B	■						
2) ソルデム3A (持続点滴メイン:12時間)	500mL	X1B	■						
3) イメンドカプセルセット (内服:シスプラチン投与1～1.5時間前)		×1セット		125mg	80mg	80mg			
4) パロノセトロン点滴バッグ デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間)	0.75mg/50mL 3.3mg/1mL	×1B ×3A		■					
4) デキサート注 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	3.3mg/1mL 100mL	×2A ×1B			■	■	■	■	
5) フルオロウラシル フルオロウラシル 生食 (持続点滴メイン:24時間)	1000mg/20mL 250mg/5mL 1000mL	×(　)V ×(　)V ×1B		□	□	□	□	□	
6) シスプラチン シスプラチン シスプラチン 生食 (持続点滴側管:2時間)	50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL	×(　)V ×(　)V ×(　)V X1B		□					
7) フロセミド注 ラクテック (持続点滴側管:4時間)	20mg/2mL 1000mL	×2A ×1B		■					
8) ラクテック (持続点滴側管:5時間)	500mL	X1B		■					
9) 生食 (持続点滴メイン:全開で フラッシュ用)	50mL	×1B							■

Ⅲ. 化学療法剤投与量算出

＜5-FU・CDDP投与量＞

□前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(　　cm)　体重(　　Kg)

体表面積(　　m^2)

5-FU (フルオロウラシル) 投与量(＿＿＿＿＿ mg/body)

= 800mg/m^2 × 体表面積(　　m^2) × (　　%)

CDDP(シスプラチン)投与量(＿＿＿＿＿ mg/body)

= 80mg/m^2 × 体表面積(　　m^2) × (　　%)

＜備考欄＞

・治療予定回数:2回
・5)、6)は同時投与
・投薬中は毎日体重測定すること
・シスプラチンを250mL以上使用する際には、薬剤を入れるために希釈の生食を適宜破棄してよい。

主治医	薬剤師	薬剤師

＊ Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

2024/7/2