

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

(3週毎):Pembrolizumab療法(術後補助療法)プロトコル(every 3 weeks)
 day1 22
 ↓ next in→
 Pembrolizumab(キイトルーダ) 200mg/body

<疾患名>
乳がん
 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>
 キイトルーダ
 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) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) キイトルーダ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	100mg/4mL 100mL	× ()V ×1B
3) 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

<Pembrolizumab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(m²)
 Pembrolizumab(キイトルーダ)投与量(mg/body)
 = 200mg/body × (%)

<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錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~5μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・本レジメンは投与開始から9コース治療予定。

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。

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

(3週毎):Pembrolizumab療法(乳がん)プロトコール(every 3 weeks)

Pembrolizumab(キイトルーダ)	200mg/body	day1..... 22
		↓
		next in→

<疾患名>

乳がん

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>

キイトルーダ _____ 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) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) キイトルーダ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	100mg/4mL 100mL	× ()V ×1B
3) 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

<Pembrolizumab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(_____ m²)

Pembrolizumab(キイトルーダ)投与量(_____ mg/body)

= 200mg/body × (_____ %)

<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錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。
- ・インラインフィルター(0.2~5μm)を使用すること。
- JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

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。

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

「アルコール不耐症患者限定」DTX単独療法(乳がん) プロトコール (every 3~4 weeks)
 day1day22.....
 DTX(ドセタキセル「ニプロ」) 60~75mg/m² ↓ in→

<疾患名>
 乳がん (術前・術後)

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>
 ドセタキセル「ニプロ」
 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
グラニセトン点滴バッグ	3mg/100mL	× 1B
(持続点滴:0.5時間)		
2) ドセタキセル「ニプロ」	80mg/4mL	× ()V
ドセタキセル「ニプロ」	20mg/1mL	× ()V
生食	250mL	× 1B
(持続点滴:1時間)		
3) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		

ドセタキセル「ニプロ」:
 オーダー確認後、発注し、納品
 されるまで約1週間を要する。
 オーダー確認者はワークシート
 検薬完了後、薬剤の必要量を
 発注する。

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(m²)
 DTX(ドセタキセル「ニプロ」)投与量(mg/body)
 = 60mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 ~ 75mg/m²

<備考欄>
 ・本レジメンはアルコール不耐症患者のみ使用。
 ・ドセタキセル「ニプロ」はアルコールフリー確認済み。
 ・調製時、溶媒に対し難溶解性。混注後、約50回転倒混和。
 ・本レジメンは原則最大4コース。
 ・本レジメンは原則AC療法4コース施行後に行う。
 (AC followed by DTX療法)

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。

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

ACプロトコール (every 3 weeks)
 day1day22
 DXR(ドキシソルビシン) 60mg/m² ↓ next
 GPA(エンドキサン) 600mg/m² ↓ in→

<疾患名>
 乳がん

 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>
 ドキシソルビシン _____ mg エンドキサン _____ 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)

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) デキサート注	3.3mg/1mL	× 6A
グラネセトロン点滴バッグ	3mg/100mL	× 1B
(持続点滴:30分間)		
2) ドキシソルビシン	50mg/V	× ()V
ドキシソルビシン	10mg/V	× ()V
生食	100mL	× 1B
(持続点滴:30分間)		
3) エンドキサン	500mg/V	× ()V
エンドキサン	100mg/V	× ()V
生食	100mL	× 1B
(持続点滴:30分間)		
4) 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

<DXR・GPA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(_____ m²)
 DXR(ドキシソルビシン)投与量(_____ mg/body)
 = 60mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 GPA(エンドキサン)投与量(_____ mg/body)
 = 600mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>
 *ドキシソルビシンの総投与量は、生涯に於いて
 500mg/m²以下とする。

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。

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

CPT-11(A法)プロトコール(every4weeks)			
	day1	8	15
CPT-11(イリノテカン)	100mg/m ²	↓	↓
			↓
			14日間以上休薬

＜疾患名＞

小細胞肺癌 非小細胞肺癌

結腸がん 直腸がん

乳がん(手術不能又は再発)

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＞

イリノテカン

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)

--

第1日目	第8日目	第15日目

薬剤名	規格	数量
1) グラセトン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	× 1B
2) イリノテカン	100mg/5mL	× ()V
イリノテカン	40mg/2mL	× ()V
生食	500mL	× 1B
(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

＜CPT-11投与量＞	
<input type="checkbox"/> 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)	
CPT-11(イリノテカン)投与量(mg/body)	
= 100mg/m ² × 体表面積(m ²) × (%)	

＜備考欄＞
・イリノテカンによる便秘は緩下剤(PAMG、センノシドなど)で対応する
・イリノテカンによる下痢はロペミンで対応する

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。

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

dose-dense_AC療法プロトコール (every 2 weeks)

	day1	day15
DXR(ドキソルビシン)	60mg/m ²	↓	next
GPA(エンドキサン)	600mg/m ²	↓	in→

<疾患名>

乳がん(術前・術後補助化学療法)

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>

ドキソルビシン _____ mg エンドキサン _____ 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
1) イメドカプセル		× 1セット (内服: day1は抗がん剤投与の1~1.5時間前に服用)
2) デカドロン錠	0.5mg/錠	× 16錠/日 (内服: 1日2回 朝・昼食後)
3) ジーラスタ皮下注	3.6mg	× 1本 (皮下注) *備考欄参照
3) デキサート注	3.3mg/1mL パロノセトロン点滴バッグ 0.75mg/50mL	× 3A × 1B (持続点滴メイン: 0.5時間)
4) ドキソルビシン	50mg/V	× () V
ドキソルビシン	10mg/V	× () V
生食	50mL	× 1B (持続点滴メイン: 15分間)
5) エンドキサン	500mg/V	× () V
エンドキサン	100mg/V	× () V
生食	100mL	× 1B (持続点滴メイン: 0.5時間)
6) 生食	50mL	× 1B (持続点滴メイン: 全開でフラッシュ用)

第1日目	第2日目	第3日目	第4日目
()	()	()	()
125mg	80mg	80mg	

III. 化学療法剤投与量算出

<DXR・GPA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(m²)

DXR(ドキソルビシン)投与量(_____ mg/body)
 = 60mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

GPA(エンドキサン)投与量(_____ mg/body)
 = 600mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

- ・ドキソルビシンの総投与量は、生涯に於いて500mg/m²以下とする。
- ・発熱性好中球減少症の発症予防目的でジーラスタをday2~4のうち1日を選択して投与する。
- また、day2に投与する場合は、day1の抗がん剤投与終了後24時間以上空けること。
- ・術前・術後補助療法として、本レジメンを4コース実施した後、wPTX(weekly PTX)に移行する。
- ・血管外漏出: DXRは壊死性。

主治医

薬剤師

薬剤師

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(乳がん) プロトコール (every 3~4 weeks)
 day1day22.....
 DTX(ワンタキソテール) 60~75mg/m² ↓ in→

<疾患名>
 乳がん

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 グラネセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3.3mg/1mL 3mg/100mL	× 2A × 1B
2) ワンタキソテール ワンタキソテール 生食 (持続点滴:1時間)	80mg/4mL 20mg/1mL 250mL	× ()V × ()V × 1B
3) 生食 (持続点滴:全開で フラッシュ用)	50mL	× 1B

()

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(_____ m²)
 DTX(ワンタキソテール) 投与量(_____ mg/body)
 = 60mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 ~75mg/m²

<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。

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

ECプロトコール (every 3 weeks)
 day1day22
 EPI(エピルビシン) 90mg/m² ↓ next
 CPA(エンドキサン) 600mg/m² ↓ in→

<疾患名>
乳がん

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>
 エピルビシン _____ mg
 エンドキサン _____ 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)

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 6A
グラネトロン点滴バッグ	3mg/100mL	× 1B
(持続点滴:30分間)		
2) エピルビシン注	50mg/V	× ()V
エピルビシン注	10mg/V	× ()V
生食	50mL	×1B
(持続点滴:全開で)		
3) エンドキサン	500mg/V	× ()V
エンドキサン	100mg/V	× ()V
生食	100mL	×1B
(持続点滴:30分間)		
4) 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

<EPI・CPA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(_____ m²)
 EPI(エピルビシン)投与量(_____ mg/body)
 = 90mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 CPA(エンドキサン)投与量(_____ mg/body)
 = 600mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<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。

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

Pembrolizumab+AC療法プロトコル (every 3 weeks)			
	day1	day22
Pembrolizumab (キイトルーダ)	200mg/body	↓	next
DXR (ドキシソルビシン)	60mg/m ²	↓	in→
CPA (エンドキサン)	600mg/m ²	↓	

<疾患名>

乳がん(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>

キイトルーダ	ドキシソルビシン	エンドキサン
mg	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)

--

第1日目	第2日目	第3日目	第4日目
()	()	()	()
125mg	80mg	80mg	

薬剤名	規格	数量
1) イメンドカプセル		×1セット
(内服: day1はドキシソルビシン投与の1~1.5時間前に服用)		
2) デカドロン錠	0.5mg/錠	×16錠/日
(内服: 1日2回 朝・昼食後)		
3) 生食	100mL	×1B
(持続点滴メイン: ルート確保用)		
4) キイトルーダ	100mg/4mL	×()V
生食	100mL	×1B
(持続点滴側管: 0.5時間)		
5) デキサート注	3.3mg/1mL	×3A
パロノセトロン点滴バッグ	0.75mg/50mL	×1B
(持続点滴側管: 0.5時間)		
6) ドキシソルビシン	50mg/V	×()V
ドキシソルビシン	10mg/V	×()V
生食	50mL	×1B
(持続点滴側管: 15分間)		
7) エンドキサン	500mg/V	×()V
エンドキサン	100mg/V	×()V
生食	100mL	×1B
(持続点滴側管: 0.5時間)		
8) 生食	50mL	×1B
(持続点滴側管: 全開で フラッシュ用)		

III. 化学療法剤投与量算出

<Pembrolizumab・DXR・CPA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(m²)

Pembrolizumab(キイトルーダ)投与量(mg/body)

= 200mg/body × (%)

DXR(ドキシソルビシン)投与量(mg/body)

= 60mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

CPA(エンドキサン)投与量(mg/body)

= 600mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>

- キイトルーダ: 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錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。
- インラインフィルター(0.2~5 μm)を使用すること。
- JMS輸液セット: PVCフリーで可(上記条件を満たす)
- DXRの総投与量は、生涯において500mg/m²以下とする。
- 本レジメンは投与開始から4コース治療予定
- 血管外漏出: DXRは壊死性。
- 有害事象等でDXR、もしくはCPAを中止する場合はレジメンとして全ての投与を中止する。
- 本レジメンは、Pembrolizumab+PTX+CBDCA療法実施後に施行される。

主治医	薬剤師	薬剤師

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

Pembrolizumab+GEM+CBDCA療法プロトコール(every 3 weeks)		
	day1・・・8・・・・・・・day22	
Pembrolizumab(キイトルーダ)	200mg/body	↓ next
GEM(ゲムシタビン)	1000mg/m ²	↓ ↓ in→
CBDCA(カルボプラチン)	AUC2	↓ ↓

<疾患名>

乳がん

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>

キイトルーダ	ゲムシタビン	カルボプラチン
mg	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8日目	第9日目	第10日目
1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	X1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) キイトルーダ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	100mg/4mL 100mL	×()V ×1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) イメンドカプセル (内服:day1、8はカルボプラチン剤投与の1~1.5時間前に服用)		×1セット	125mg	80mg	80mg	125mg	80mg	80mg
3) デキサート注 パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴側管:0.5時間)	3.3mg/1mL 0.75mg/50mL	×2A ×1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ゲムシタビン 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	1000mg 200mg 100mL	×()V ×()V ×1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) カルボプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間)	450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL	×()V ×()V ×()V ×1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	X1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. 化学療法剤投与量算出

< Pembrolizumab・GEM・CBDCA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(m²)

Pembrolizumab(キイトルーダ)投与量(mg/body)

= 200mg/body × (%)

GEM(ゲムシタビン)投与量(mg/body)

= 1000mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

CBDCA(カルボプラチン)投与量(mg/body)

= [CCr()+25] × AUC2 × (%)

<備考欄>

キイトルーダ:

- ・インラインフィルター(0.2~5μm)を使用すること。
- JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
- ・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錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。
- ・本レジメンは最大35サイクルまでとする。
- ・本レジメンは、PD-L1陽性(CPS≥10)のホルモン受容体陰性かつHER2陰性の症例に用いる。

主治医	薬剤師	薬剤師
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Pembrolizumab+PTX+CBDCA療法プロトコル(every 3 weeks)
 day1...8...15...day22
 mbrolizumab(キイトルーダ) 200mg/body ↓ next
 PTX(パクリタキセル) 80mg/m² ↓ ↓ ↓ in→
 CBDCA(カルボプラチン) AUC1.5 ↓ ↓ ↓

<疾患名>
 乳がん(術前補助療法)
告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> ー 年 月 日
 <前コースの投与量>
 キイトルーダ mg パクリタキセル mg カルボプラチン 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)

ー

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) キイトルーダ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	100mg/4mL 100mL	× ()V X1B
3) デキサート注 ファモチジン注 生食 (持続点滴側管:5分)	3.3mg/1mL 20mg/20mL 50mL	× 3A × 1A X1B
4) レスタミンコーワ錠 (内服:パクリタキセル開始30分前に服用)	10mg/錠	X5錠
5) パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴側管:0.5時間)	3mg/100mL	X1B
6) パクリタキセル注 生食 (持続点滴側管:1時間)	100mg/16.7mL 30mg/5mL 250mL	× ()V × ()V × 1B
7) カルボプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間)	450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL	× ()V × ()V × ()V × 1B
8) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

第1日目	第8日目	第15日目
()	()	()

III. 化学療法剤投与量算出

< Pembrolizumab+PTX+CBDCA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(m²)
 Pembrolizumab(キイトルーダ)投与量(mg/body)
 = 200mg/body × (%)
 PTX(パクリタキセル)投与量(mg/body)
 = 80mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 CBDCA(カルボプラチン)投与量(mg/body)
 = [CCr()+25] × AUC1.5 × (%)

<備考欄>
 ・キイトルーダ: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錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~5μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・本レジメンは投与開始から4コース治療予定
 ・本レジメン終了後、Pembrolizumab+AC療法へ移行する。
 ・有害事象等でPTXが中止となった場合、レジメンとして全ての投与を中止する。

主治医	薬剤師	薬剤師

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

PTX(B法)プロトコール(every 8 weeks)
 day1・8・15・22・29・36……50・
 PTX(パクリタキセル) 100mg/n ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ next
 少なくとも2週間休養

<疾患名>
乳がん
 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>
 パクリタキセル
 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
1) レスタミンコーワ錠 (内服)	10mg	5錠
2) デキサート	3.3mg/1mL	X2A
デキサート	1.65mg/0.5mL	X1A
ファモチジン	20mg/20mL	X1A
生食	100mL	X1B
(静注または持続点滴:0.5時間)		
3) デキサート	3.3mg/1mL	X2~0A
デキサート	1.65mg/0.5mL	X1~0A
ファモチジン	20mg	X1V
生食	100mL	X1B
(静注または持続点滴:0.5時間)		
4) パクリタキセル	100mg/16.7mL	×()V
パクリタキセル	30mg/5mL	×()V
生食	250mL	X1B
(持続点滴:1時間)		
5) 生食	50mL	×1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		

第1日目	第8日目	第15日目	第22日目	第29日目	第36日目
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

デキサートは、デキサメタゾンとして初回8mgとし、次回投与時までには過敏症状の発現がみられなかった場合又は特に問題のない過敏症状の場合は、2週目の投与より半量(4mg)に減量して投与しても良い。以降の投与週においても同様の場合半量ずつ最低1mgまで減量して投与しても良い。

III. 化学療法剤投与量算出

<PTX(B法)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(m²)
 PTX(パクリタキセル)投与量(mg/body)
 = 100mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 ・パクリタキセル用点滴セットを使用
 ・前投薬はパクリタキセル開始30分前までに行う

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。

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

TC療法プロトコル (every 3 weeks)			
		day1 day22
DTX(ワンタキソテル)	75mg/m ²	↓	next
CPA(エンドキサン)	600mg/m ²	↓	in→

<疾患名>

乳がん

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>

ワンタキソテル エンドキサン

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)

--

--

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
グラセトロン点滴バッグ	3mg/100mL	× 1B
(持続点滴:30分間)		
2) ワンタキソテル	80mg/4mL	× ()V
ワンタキソテル	20mg/1mL	× ()V
生食	250mL	× 1B
(持続点滴:1時間)		
3) エンドキサン	500mg/V	× ()V
エンドキサン	100mg/V	× ()V
生食	100mL	× 1B
(持続点滴:30分間)		
4) 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・CPA投与量>	
<input type="checkbox"/> 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(ワンタキソテル)投与量(mg/body)	
= 75mg/m ² × 体表面積(m ²) × (%)	
CPA(エンドキサン)投与量(mg/body)	
= 600mg/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。

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

T-DM1療法プロトコール(every 3 weeks)
 trastuzumab emtansine(カドサイラ)3.6mg/kg
 day1.....22
 ↓ next in →

<疾患名>
乳がん(手術不能又は再発)

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>
 カドサイラ
 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) 生食 (持続点滴: ルート確保用)	100mL	× 1B
2) カドサイラ	160mg/V	× ()V
カドサイラ	100mg/V	× ()V
注射用水	20mL	X1A
生食 (持続点滴: 1.5時間)	250mL	X1B
3) 生食 (持続点滴: 全開で フラッシュ用)	50mL	× 1B

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<trastuzumab emtansine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(m²)
 trastuzumab emtansine(カドサイラ)投与量(mg/body)
 = 3.6mg/kg X 体重(kg) X (%)

<備考欄>
 ・カドサイラの初回投与に忍容性が良好であれば2回目以降は30分まで短縮して投与可
 ・0.2又は0.22µmインラインフィルター(ポリエーテルスルホン製又はポリスルホン製)を使用する。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・内分泌療法と併用することもある。

主治医
[]

薬剤師
[]

薬剤師
[]

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

trastuzumab(Adjuvant) プロトコール (every 3 weeks)
 day1.....22.....43.....64
 trastuzumab(トラスツズマブ) 初回8mg/kg ↓ next→
 以降6mg/kg ↓ ↓ in

<疾患名>
 乳がん

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>
 トラスツズマブ _____ 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
1) グラニセロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	× 1B
2) トラスツズマブBS	150mg/V	× ()V
トラスツズマブBS	60mg/V	× ()V
注射用水	100mL	X1B
生食 (持続点滴:2時間)	250mL	X1B
2) トラスツズマブBS	150mg/V	× ()V
トラスツズマブBS	60mg/V	× ()V
注射用水	100mL	X1B
生食 (持続点滴:2時間)	250mL	X1B

第1日目	第22日目	第43日目
()	()	()
初回のみ		
8mg/kg		
以降		
6mg/kg		

III. 化学療法剤投与量算出

<trastuzumab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(m²)
 (初 回)
 trastuzumab(トラスツズマブ)投与量(_____ mg/body)
 = 8mg/kg X 体重(_____ kg) X (_____ %)
 (2回目以降)
 trastuzumab(トラスツズマブ)投与量(_____ mg/body)
 = 6mg/kg X 体重(_____ kg) X (_____ %)

<備考欄>
 ・トラスツズマブの初回投与に認容性が良好であれば
 2回目以降は30分まで短縮して投与可
 ・投与が遅れた際には、以下の投与が望ましい。
 1) 投与予定日より1週間以内の遅れで投与する際は、6mg/kgを投与する。
 2) 投与予定日より1週間を超えた後に投与する際は、改めて初回投与量の8mg/kgで投与する。なお、次回以降は、6mg/kgを3週間隔で投与する。

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。

I. 基本情報

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

trastuzumab tri-weekly プロトコール
 day1.....22
 trastuzumab(トラスツズマブ) 初回8mg/kg ↓
 以降6mg/kg ↓ next

<疾患名>
 乳がん

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>
 トラスツズマブ _____ 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) 生食 (持続点滴:ルートキープおよび終了後全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B
2) トラスツズマブBS	150mg/V	× ()V
トラスツズマブBS	60mg/V	× ()V
注射用水	100mL	X1B
生食 (持続点滴:1.5時間)	250mL	X1B

初回のみ
8mg/kg

以降6mg/kg

III. 化学療法剤投与量算出

<trastuzumab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(m²)
 (初 回)
 trastuzumab(トラスツズマブ)投与量(_____ mg/body)
 = 8mg/kg X 体重(_____ kg) X (_____ %)
 (2回目以降)
 trastuzumab(トラスツズマブ)投与量(_____ mg/body)
 = 6mg/kg X 体重(_____ kg) X (_____ %)

<備考欄>
 ・トラスツズマブの初回投与に忍容性が良好であれば2回目以降は30分まで短縮して投与可
 ・投与が遅れた際には、以下の投与が望ましい。
 1) 投与予定日より1週間以内の遅れで投与する際は、6mg/kgを投与する。
 2) 投与予定日より1週間を超えた後に投与する際は、改めて初回投与量の8mg/kgで投与する。なお、次回以降は、6mg/kgを3週間隔で投与する。

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。

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

trastuzumab+pertuzumab+DTX療法(第1コース)療法(第1コース) プロトコール (every 3 weeks)
 day1day22
 pertuzumab(パージェタ) 初回840mg/body ↓ next (以降420mg/body)
 trastuzumab(トラスツズマブ) 初回8mg/kg ↓ in→ (以降6mg/kg)
 DTX(ワンタキソテール) 75mg/m² ↓

<疾患名>
再発・進行乳がん

 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>
 パージェタ トラスツズマブ ワンタキソテール
 mg 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)

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴:ルートキープおよび終了後全開でフラッシュ用)	100mL	× 1B
2) パージェタ 生食 (持続点滴:1時間)	420mg/14mL 250mL	× ()V × 1B
3) 生食 (持続点滴:1時間 経過観察用)	100mL	× 1B
4) トラスツズマブBS トラスツズマブBS 注射用水 生食 (持続点滴:1.5時間)	150mg/V 60mg/V 100mL 250mL	× ()V × ()V × 1B × 1B
5) デキサート注 生食 (持続点滴:0.5時間)	3.3mg/1mL 100mL	× 2A × 1B
6) ワンタキソテール ワンタキソテール 生食 (持続点滴:1時間)	80mg/4mL 20mg/1mL 250mL	× ()V × ()V × 1B

()

初回のみ
840mg
以降420mg

初回のみ
8mg/kg
以降6mg/kg

III. 化学療法剤投与量算出

<pertuzumab・trastuzumab・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(m²)
 pertuzumab(パージェタ)投与量(_____ mg/body)
 = 840mg/body × (_____ %)
 trastuzumab(トラスツズマブ)投与量(_____ mg/body)
 = 8mg/kg × 体重(_____ kg) × (_____ %)
 DTX(ワンタキソテール)投与量(_____ mg/body)
 = 75mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<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。

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

trastuzumab+pertuzumab+DTX療法(第1コース(trastuzumab治療継続中)) プロトコール (every 3 weeks)
 day1day22
 pertuzumab(パージェタ) 初回840mg/body ↓ next (以降420mg/body)
 trastuzumab(トラスツズマブ) 6mg/kg ↓ in→
 DTX(ワンタキソテール) 75mg/m² ↓

<疾患名>
再発・進行乳がん

 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>
 パージェタ トラスツズマブ ワンタキソテール
 mg 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)

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴:ルートキープおよび終了後全開でフラッシュ用)	100mL	× 1B
2) パージェタ 生食 (持続点滴:1時間)	420mg/14mL 250mL	× ()V X1B
3) 生食 (持続点滴:1時間 経過観察用)	100mL	× 1B
4) トラスツズマブBS トラスツズマブBS 注射用水 生食 (持続点滴:1.5時間)	150mg/V 60mg/V 100mL 250mL	× ()V × ()V X1B X1B
5) デキサート注 生食 (持続点滴:0.5時間)	3.3mg/1mL 100mL	× 2A × 1B
6) ワンタキソテール ワンタキソテール 生食 (持続点滴:1時間)	80mg/4mL 20mg/1mL 250mL	× ()V × ()V X1B

()

初回のみ
840mg
以降420mg

III. 化学療法剤投与量算出

<pertuzumab・trastuzumab・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(m²)
 pertuzumab(パージェタ)投与量(mg/body)
 = 840mg/body × (%)
 trastuzumab(トラスツズマブ)投与量(mg/body)
 = 6mg/kg × 体重(kg) × (%)
 DTX(ワンタキソテール)投与量(mg/body)
 = 75mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 ・本レジメンは、trastuzumab tri-weekly レジメン継続中(投与量8mg/kgまたは6mg/kg)の患者に使用すること。
 ・4)トラスツズマブ投与に忍容性が良好であれば、投与時間を30分まで短縮して可

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。

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

trastuzumab+pertuzumab+DTX療法(第2コース以降) プロトコール (every 3 weeks)
 day1day22
 pertuzumab(パージェタ) 420mg/body ↓ next
 trastuzumab(トラスツズマブ) 6mg/kg ↓ in→
 DTX(ワンタキソテール) 75mg/m² ↓

<疾患名>
再発・進行乳がん

 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>
 パージェタ トラスツズマブ ワンタキソテール
 mg 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
1) 生食 (持続点滴: ルートキープおよび終了後全開でフラッシュ用)	100mL	× 1B
2) パージェタ 生食 (持続点滴: 1時間)	420mg/14mL 250mL	× ()V X1B
3) 生食 (持続点滴: 1時間 経過観察用)	100mL	× 1B
4) トラスツズマブBS トラスツズマブBS 注射用水 生食 (持続点滴: 1.5時間)	150mg/V 60mg/V 100mL 250mL	× ()V × ()V X1B X1B
5) デキサート注 生食 (持続点滴: 0.5時間)	3.3mg/1mL 100mL	× 2A × 1B
6) ワンタキソテール ワンタキソテール 生食 (持続点滴: 1時間)	80mg/4mL 20mg/1mL 250mL	× ()V × ()V X1B

第1日目
 ()

III. 化学療法剤投与量算出

<pertuzumab+trastuzumab+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(m²)
 pertuzumab(パージェタ)投与量(mg/body)
 =420mg/body × (%)
 trastuzumab(トラスツズマブ)投与量(mg/body)
 =6mg/kg × 体重(kg) × (%)
 DTX(ワンタキソテール)投与量(mg/body)
 = 75mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 ・DTXのみを中止することは可能
 ・2)4)パージェタ、トラスツズマブの初回投与に忍容性が良好であれば2回目以降は30分まで短縮して投与可
 ・3)初回投与時60分の経過観察で問題なく忍容性良好であれば、2回目以降は30分まで短縮して投与可
 ・2)4)投与が遅れた際には、以下の投与が望ましい。
 1) 前回投与日から6週間未満のときには維持量を投与する。
 2) 前回投与日から6週間以上のときには改めて初回量を投与し、次回以降は維持量を3週間間隔で投与する。

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。

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

VNR プロトコール (every4weeks)
 day1...8...22...day29...
 VNR(ロゼウス) 25mg/m² ↓ ↓ 休薬 next

<疾患名>
再発乳がん

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>
 ロゼウス _____ 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
1) グラニセロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	× 1B
2) ロゼウス	40mg/4mL	× ()V
ロゼウス	10mg/1mL	× ()V
生食 (持続点滴:全開で)	50mL	×1B
3) 生食 (全開で)	50mL	× 1B

第1日目 () 第8日目 ()

III. 化学療法剤投与量算出

< VNR 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(m²)

 VNR(ロゼウス)投与量(_____ mg/body)
 = 25mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<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。

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

weekly-PTX+tri-weekly-trastuzumabプロトコール(every3weeks)			
day1...8...15...22			
trastuzumab(トラスツズマブ)	初回8mg/kg	↓	next
	以降6mg/kg		
PTX(パクリタキセル)	80mg/m ²	↓ ↓ ↓	→

<疾患名>

乳がん

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>

トラスツズマブ _____ mg

パクリタキセル _____ 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
1) レスタミンコーワ錠 (内服: 点滴直前)	10mg	5錠
2) デキサート ファモチジン 生食 (持続点滴: 0.5時間)	3.3mg/1mL 20mg/20mL 100mL	× 3A × 1A × 1B
3) パクリタキセル パクリタキセル 生食 (持続点滴: 1時間)	100mg/16.7mL 30mg/5mL 250mL	× ()V × ()V X1B
4) トラスツズマブBS トラスツズマブBS 注射用水 生食 (持続点滴: 1.5時間)	150mg/V 60mg/V 100mL 250mL	× ()V × ()V X1B X1B
5) 生食 (持続点滴: 全開で フラッシュ用)	50mL	× 1B

第1日目	第8日目	第15日目
()	()	()
初回のみ 8mg/kg		
以降6mg/kg		

III. 化学療法剤投与量算出

<trastuzumab・PTX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(m²)

(初 回)

trastuzumab(トラスツズマブ)投与量(mg/body)

= 8mg/kg X 体重(kg) X (%)

(2回目以降)

trastuzumab(トラスツズマブ)投与量(mg/body)

= 6mg/kg X 体重(kg) X (%)

PTX(パクリタキセル)投与量(mg/body)

= 80mg/m² X 体表面積(m²) X (%)

<備考欄>

- ・パクリタキセル用点滴セットを使用
- ・トラスツズマブの初回投与に忍容性が良好であれば2回目以降は30分まで短縮して投与可
- ・デキサートは次回投与時までには過敏症状の発現がみられなかった場合又は特に問題のない過敏症状の場合は、2回目の投与より減量しても良い。
- ・投与が遅れた際には、以下の投与が望ましい。
1) 投与予定日より1週間以内の遅れで投与する際は、6mg/kgを投与する。
2) 投与予定日より1週間を超えた後に投与する際は、改めて初回投与量の8mg/kgで投与する。なお、次回以降は、6mg/kgを3週間隔で投与する。

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。

I. 基本情報

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

エリブリンプロトコール(every 3 weeks)
 day1...8...22
 Eribulin(ハラヴェン) 1.4mg/m² ↓ ↓ next in

<疾患名>
乳がん
 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>
 ハラヴェン _____ 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)

第1日目 () 第8日目 ()

薬剤名	規格	数量
1) 生食 デキサート (持続点滴:30分間)	50mL 3.3mg	X1B 2A
2) ハラヴェン 生食 (持続点滴:5分間)	1mg/2mL 50mL	×()V X1B
3) 生食 (持続点滴:全開で フラッシュ用)	50mL	× 1B

III. 化学療法剤投与量算出

<Eribulin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(m²)
 Eribulin(ハラヴェン)投与量(_____ mg/body)
 = 1.4mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<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。

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

エンハーツ療法プロトコール(every 3 weeks)	
Trastuzumab Deruxtecan(エンハーツ) 5.4mg/kg	day1.....day22 ↓ next in→

<疾患名>

乳がん

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>

エンハーツ _____ 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
1) プロイメンド点滴静注 生食 (持続点滴メイン:0.5時間)	150mg/V 100mL	× 1V × 1B
2) デキサート注 パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴メイン:0.5時間)	3.3mg/1mL 0.75mg/50mL	× 1A × 1B
3) 5%ブドウ糖液 (持続点滴メイン:全開でフラッシュ用)	100mL	× 1B
4) エンハーツ 注射用水 5%ブドウ糖液 (持続点滴メイン:1.5時間)	100mg/V 20mL 100mL	× () V × 1A × 1B
5) 5%ブドウ糖液 (持続点滴メイン:全開でフラッシュ用)	100mL	× 1B

第1日目

(_____)

III. 化学療法剤投与量算出

< Trastuzumab Deruxtecan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(_____ m²)

Trastuzumab Deruxtecan(エンハーツ)投与量(_____ mg/body)

= 5.4mg/kg × (_____ %)

<備考欄>

エンハーツ:

- ・0.2μmのインラインフィルター(ポリエーテルスルホン又は正電荷ナイロン製)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)
- ・投与時は点滴バッグを遮光すること。
- ・調製及び投与は合わせて4時間以内に行うこと。
- ・初回投与の忍容性が良好であれば2回目以降の投与時間は30分間まで短縮できる。
- ・減量基準~1段階減量:4.4mg/kg、2段階減量:3.2mg/kg
3.2mg/kgで忍容性が得られない場合、投与中止

主治医

薬剤師

薬剤師

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

クラシカルCMFプロトコール (every 4 weeks)
 day18.....14.....day29
 CPA(エンドキサン錠) 100 or 150mg/body ←-----→
 MTX(メソトレキセート) 40mg/m² ↓ ↓ next
 5-FU(フルオロウラシル) 600mg/m² ↓ ↓

＜疾患名＞
 乳がん

 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＞
 エンドキサンP _____ mg メソトレキセート _____ 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日目	第8日目
()	()

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
グラニセロン点滴バッグ	3mg/100mL	× 1B
(持続点滴:30分間)		
2) メソトレキセート	50mg/V	× ()V
メソトレキセート	5mg/V	× ()V
生食	100mL	X1B
(持続点滴:30分間)		
3) フルオロウラシル	1000mg/20mL	× ()V
フルオロウラシル	250mg/5mL	× ()V
生食	50mL	X1B
(静注:5分間)		
4) 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

＜MTX・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(_____ m²)
 CPA(エンドキサン錠) 投与量(100 or 150 mg/body)
 MTX(メソトレキセート) 投与量(_____ mg/body)
 = 40mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 5-FU(フルオロウラシル) 投与量(_____ mg/body)
 = 600mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

＜備考欄＞
 CPA(エンドキサン錠)はday1→day14まで内服

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。

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

weekly-PTXプロトコール(every 7 days)
 day1.....8...
 ↓ next
 PTX(パクリタキセル) 80mg/m²

<疾患名>
乳がん
 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>
 パクリタキセル _____ 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) レスタミンコーワ錠 (内服)	10mg	5錠
2) デキサート	3.3mg/1mL	X6A
ファモチジン	20mg/20mL	X1A
生食	100mL	X1B
(静注または持続点滴:0.5時間)		
3) パクリタキセル	100mg/16.7mL	×()V
パクリタキセル	30mg/5mL	×()V
生食	250mL	X1B
(持続点滴:1時間)		
4) 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

< weekly-PTX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(m²)
 PTX(パクリタキセル)投与量(mg/body)
 = 80mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 ・パクリタキセル用点滴セットを使用
 ・前投薬はパクリタキセル開始30分前までに行う

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。

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

乳癌パクリタキセル(weekly)+ベバシズマブ療法(every 4 weeks)
 day1...8...15...22...29...
 PTX(パクリタキセル) 90mg/m² ↓ ↓ ↓ next→
 Bevacizumab(ベバシズマブ) 10mg/kg ↓ ↓

<疾患名>
乳がん(手術不能又は再発)
 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>
 パクリタキセル mg
 ベバシズマブ 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
1) レスタミンコーワ錠 (内服)	10mg	5錠
2) デキサート	3.3mg/1mL	X2A
ファモチジン	20mg/20mL	X1A
グラニセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	X1B
3) パクリタキセル	100mg/16.7mL	× ()V
パクリタキセル	30mg/5mL	× ()V
生食 (持続点滴:1時間)	250mL	X1B
4) ベバシズマブBS	400mg/16mL	× ()V
ベバシズマブBS	100mg/4mL	× ()V
生食 (持続点滴:1.5時間)	100mL X1B(生理食塩液に添加して約100mL)	
5) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

第1日目	第8日目	第15日目
()	()	()

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

<PTX・Bevericizumab 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(m²)
 PTX(パクリタキセル)投与量(mg/body)
 = 90mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量(mg/body)
 = 10mg/kg × (%)

<備考欄>
 ・パクリタキセル用点滴セットを使用
 ・前投薬はパクリタキセル開始30分前までに行う
 * 4)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。
 2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

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。