

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

biweekly_セツキシマブ単剤療法プロトコル(every 2 weeks)	
day1.....15	↓
cetuximab(アービタックス) 500mg/m ²	next in→

<疾患名>
 頭頸部がん

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>
 アービタックス _____ 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) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用)	100mL	× 1B
2) デキサート ポラミン注 生食 (持続点滴側管: 0.5時間)	3.3mg/1mL 5mg/1mL 100mL	× 2A × 1A × 1B
3) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B
4) アービタックス アービタックス 生食 (持続点滴側管: 2時間)	500mg/100mL 100mg/20mL 500mL	× ()V × ()V × 1B
5) 生食 (持続点滴側管: 1時間)	250mL	× 1B

第1日目
 ()

--

--

--

--

--

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab 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)	
cetuximab(アービタックス) 投与量 (mg/body)	
= 500mg/m ² × 体表面積 (m ²) × (%)	

<備考欄>

* 本レジメンは前治療として抗がん剤とアービタックス併用療法を行い、その後の維持治療として用いる。

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
患者氏名
@PATIENTNAME
患者生年月日 年齢
@PATIENTBIRTH3 @PATIENTAGEFORMATTED

CBDCA+5-Fu療法 プロトコール(every 3-4 weeks)

	day	1	2	3	4	5	6	...	22
CBDCA(カルボプラチン)	400mg/m ²	↓							next
5-FU(フルオウラシル)	750-1000mg/body	↓	↓	↓	↓	↓			in→

<疾患名>
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>
・カルボプラチン mg ・フルオウラシル 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、Nsが薬局3689に連絡する

	<input type="checkbox"/>					
	第1日	第2日	第3日	第4日	第5日	第6日

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	X 1B	<input type="checkbox"/>
2) カルボプラチン (持続点滴:2時間)	450mg/45mL	X () V	<input type="checkbox"/>
カルボプラチン	150mg/15mL	X () V	
カルボプラチン	50mg/5mL	X () V	
生食	500mL	X 1B	
3) フルオウラシル (持続点滴:24時間)	1000mg/20mL	X () V	<input type="checkbox"/>
フルオウラシル	250mg/5mL	X () V	<input type="checkbox"/>
生食	1000mL	X 1B	<input type="checkbox"/>
4) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL	X 1B	<input type="checkbox"/>

III. 化学療法剤投与量算出

<CBDCA・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) 実測値CCr(mL/min)

CBDCA(カルボプラチン)投与量(mg/body)

= 400mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

5-FU(フルオウラシル)投与量(mg/body)

= 750~1000mg/body × (%)

<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。

* 腎機能低下症例に用いる。

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
患者氏名
@PATIENTNAME
患者生年月日 年齢
@PATIENTBIRTH3 @PATIENTAGEFORMATTED

CDDP+DTX+5-FU プロトコール(every 3-4 weeks)							
	day	1	2	3	4	5	6 ... 22
CDDP(シスプラチン)	80mg/m ²	↓					next
DTX(ワンタキソテール)	60mg/m ²	↓					
5-FU(フルオロウラシル)	750-1000mg/body	↓	↓	↓	↓	↓	in→

<疾患名>
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 ・ワンタキソテール 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、Nsが薬局3689に連絡する)

第1日 第2日 第3日 第4日 第5日 第6日

薬剤名	規格	数量
1) 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		× () B
(持続点滴: 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		× () B
(持続点滴: 時間)		
3) フルオロウラシル	1000mg/20mL	X () V
フルオロウラシル	250mg/5mL	X () V
生食	1000mL	× 1 B
(持続点滴)		
4) 生食	50mL	X 1 B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		

(/) (/) (/) (/) (/) (/)

III. 化学療法剤投与量算出

<CDDP・DTX・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)
CDDP(シスプラチン)投与量(mg/body)
= 80mg/m² × 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) × (%)
5-FU(フルオロウラシル)投与量(mg/body)
= 750~1000mg/body × (%)

<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
患者氏名
@PATIENTNAME
患者生年月日 年齢
@PATIENTBIRTH3 @PATIENTAGEFORMATTED

weekly-DTXプロトコール
day1...8...15...22...29...
DTX(ワンタキソテール)20mg/m² ↓ ↓ ↓ ↓ next→

<疾患名>
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、Ns.が薬局3689に連絡する)

[]

[] [] [] []

第1日目 第8日目 第15日目 第22日目
(/) (/) (/) (/)

薬剤名	規格	数量
1) グラネセロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	× 1B
2) ワンタキソテール 生食 (持続点滴:1.5時間)	20mg/1mL 100mL	× ()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

<weekly-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)
= 20mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
・weeklyのため常用量の1/3
・放治併用の場合さらに減量

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

パクリタキセル単独療法(名市大仕様)(6投1休)(頭頸部がん)(every 7 weeks)
 day1・8・15・22・29・36・・・50
 PTX(パクリタキセル) 100mg/m² ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ next in →

<疾患名>
 頭頸部がん
 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) デキサート	3.3mg/1mL	X3A(減量可)
ファモチジン	20mg/20mL	X1A
ポラミン	5mg/1mL	X1A
生食	50mL	X1B
(持続点滴メイン:5分)		
2) グラニセロン点滴静注バッグ	3mg/100mL	X1B
(持続点滴メイン: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
(持続点滴メイン:1時間)		
4) 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8日目	第15日目	第22日目	第29日目	第36日目
()	()	()	()	()	()
■	■	■	■	■	■
■	■	■	■	■	■
()	()	()	()	()	()
■	■	■	■	■	■

III. 化学療法剤投与量算出

<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)
 = 100mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 ・パクリタキセル用点滴セット(JMS輸液セット)を使用
 ・本レジメンは最大10コースまでとする。
 ・デキサートは、PTXを初回投与後から2コース目投与時までには過敏症状の発現が見られなかった場合又は臨床上問題ない過敏症状の場合は、2コース目の投与より減量し投与してもよい。(最低1mgまで漸減可)

主治医

薬剤師

薬剤師

I. 基本情報

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

耳鼻科CF療法 プロトコール(every 3-4 weeks)						
day	1	2	3	4	5	6 ... 22
CDDP(シスプラチン) 60~80mg/m ²	↓					next
5-FU(フルオロウラシル) 750~1000mg/body	↓	↓	↓	↓	↓	in→

<疾患名>
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、Nsが薬局3689に連絡する)

<input type="checkbox"/>					
第1日	第2日	第3日	第4日	第5日	第6日

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 X	1B	<input type="checkbox"/>
2) シスプラチン (持続点滴:2時間)	50mg/100mL × ()V 25mg/50mL × ()V 10mg/20mL × ()V 生食 500mL X 1B		<input type="checkbox"/>
3) フルオロウラシル (持続点滴:24時間)	1000mg/20mL X ()V 250mg/5mL X ()V 生食 1000mL × 1B		<input type="checkbox"/>
4) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL X	1B	<input type="checkbox"/>

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(m²)
CDDP(シスプラチン)投与量(mg/body)
= 60mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
~80mg/m²
5-FU(フルオロウラシル)投与量(mg/body)
= 750~1000mg/body × (%)

<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。

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
患者氏名
@PATIENTNAME
患者生年月日
@PATIENTBIRTH3
年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

放治併用CBDCA プロトコール (weekly)
day1.....day8
CBDCA(カルボプラチン) 75mg/m² ↓ next

<疾患名>
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、Ns.が薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

(/)

薬剤名	規格	数量
1) カルボプラチン	450mg/45mL	× ()V
カルボプラチン	150mg/15mL	× ()V
カルボプラチン	50mg/5mL	× ()V
生食 (持続点滴:O. 5時間)	250mL	× 1B
2) 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

<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) 実測値CCr(mL/min)
CBDCA(カルボプラチン)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。