

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

[2週毎]:Nivolumab療法(頭頸部がん)プロトコール(every 2 weeks)  
 day1.....15  
 ↓ next in→  
 Nivolumab(オプジーボ) 240mg/body

<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>  
 オプジーボ  
 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) 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:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab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<sup>2</sup>)  
 Nivolumab(オプジーボ)投与量( mg/body)  
 = 240mg/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錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。  
 ・インラインフィルター(0.2~0.22μm)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、プラチナ製剤を含む化学療法による治療歴のある患者に使用する。

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

Pembrolizumab+CBDCA+5-FU療法プロトコール(every 3 weeks)

	day1	2	3	4	.....	day22
Pembrolizumab(キイトルーダ) 200mg/body		↓				next
CBDCA(カルボプラチン) AUC5		↓				in→
5-FU(フルオロウラシル) 1000mg/m <sup>2</sup>		↓	↓	↓	↓	

<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>  
 キイトルーダ \_\_\_\_\_ mg    カルボプラチン \_\_\_\_\_ 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
1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	X1B	<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 X1B	<input type="checkbox"/>				
3) デキサート注 グラニセトロン点滴バック (持続点滴側管:0.5時間)	3.3mg/1mL 3mg/100mL	×2A ×1B	<input type="checkbox"/>				
3) デキサート注 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	3.3mg/1mL 100mL	×2A ×1B	<input type="checkbox"/>				
4) カルボプラチン 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"/>				
5) フルオロウラシル 生食 (持続点滴側管:24時間)	1000mg/20mL 250mg/5mL 500mL	×( )V ×( )V ×1B	<input type="checkbox"/>				
6) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	×1B	<input type="checkbox"/>				

III. 化学療法剤投与量算出

<Pembrolizumab・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( \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>)

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

CBDCA(カルボプラチン)投与量( \_\_\_\_\_ mg/body)  
 = [CCr( \_\_\_\_\_ )+25] × AUC5 × ( \_\_\_\_\_ %)

5-FU (フルオロウラシル)投与量( \_\_\_\_\_ mg/body)  
 = 1000mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>) × ( \_\_\_\_\_ %)

<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)

・本レジメンは原則最大6コース  
 ・本レジメン終了後、Pembrolizumab療法へ移行する。

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

\* 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療法(頭頸部がん)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>  
 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>  
 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>	
<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 <sup>2</sup> )	
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)
・本レジメンは他の抗がん剤との併用療法から移行する場合もある。

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

セツキシマブ+CF療法(2回目以降)(every 3 weeks)  
 day1 2 3 4 5...9...16 day22  
 cetuximab(アービタックス) 250mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ next in→  
 CDDP(シスプラチン) 100mg/m<sup>2</sup> ↓  
 5-FU(フルオウラシル) 1000mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓

<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 シスプラチン フルオウラシル  
 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	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9日目	第16日目
1) ラクテック (持続点滴メイン:12時間) ※正午(12時)から開始する	1000mL	X1B								
2) ラクテック 硫酸Mg補正液 (持続点滴メイン:6時間)	500mL 20mEq/20mL	X1B X0.4A								
2) ラクテック (持続点滴メイン) ※各日付の投与量・速度は備考を参照										
2) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用)	100mL	X1B								
3) 生食 (持続点滴メイン:6時間)	500mL	X1B								
4) プロイメド点滴静注用 ボラミン注 5mg/1mL X1A デキサート注 3.3mg/1mL X3A 生食 100mL X1B (持続点滴側管:0.5時間)	150mg	X1V X1A X3A X1B								
5) パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴側管:0.5時間)	0.75mg/50mL	X1B								
5) デキサート注 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	3.3mg/1mL 100mL	X2A X1B								
5) デキサート注 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	3.3mg/1mL 5mg/1mL 100mL	X2A X1A X1B								
6) 生食 (持続点滴側管:全開で フラッシュ用)	50mL	X1B								
7) アービタックス 生食 (持続点滴側管:1時間)	500mg/100mL 100mg/20mL 250mL	X( )V X( )V X1B								
8) 生食 (持続点滴側管:1時間)	250mL	X1B								
9) 生食 (持続点滴メイン:6時間)	500mL	X1B								
10) シスプラチン 生食 (持続点滴側管:2時間)	50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL	X( )V X( )V X( )V X1B								
11) フロセミド注 (ワンショット静注側管)	20mg/2mL	X1A								
12) フルオウラシル 生食 (持続点滴側管:24時間)	1000mg/20mL 250mg/5mL 500mL	X( )V X( )V X1B								
13) ラクテック 硫酸Mg補正液 (持続点滴メイン:6時間)	500mL 20mEq/20mL	X1B X1A								
14) 生食 (持続点滴側管:全開で フラッシュ用)	50mL	X1B								

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab・CDDP・5-FU投与量 > (2回目以降)  
 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<sup>2</sup>)  
 cetuximab(アービタックス) 投与量 (mg/body)  
 = 250mg/m<sup>2</sup> × 体表面積 (m<sup>2</sup>) × (%)  
 CDDP(シスプラチン) 投与量 (mg/body)  
 = 100mg/m<sup>2</sup> × 体表面積 (m<sup>2</sup>) × (%)  
 5-FU(フルオウラシル) 投与量 (mg/body)  
 = 1000mg/m<sup>2</sup> × 体表面積 (m<sup>2</sup>) × (%)

<備考欄>  
 ・治療予定回数は初回を含めて6コースまで  
 ・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。  
 ・2)のラクテックはday3:1000mL/12hr × 2回、day4:500mL/8hr × 3回、day5:1000mL/24hr × 1回で落とす。

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

セツキシマブ+CF療法(初回)(every 3 weeks)
day1 2 3 4 5...9...16-day22
cetuximab(アービタックス) 400mg/m^2
cetuximab(アービタックス) 250mg/m^2
CDDP(シスプラチン) 100mg/m^2
5-FU(フルオロウラシル) 1000mg/m^2

<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>
<前コースの投与量>
アービタックス 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)

Table with columns for drug name, specification, quantity, and administration days (Day 1 to Day 16). Includes items like ラクテック, プロイメド点滴静注, アービタックス, シスプラチン, フルオロウラシル, etc.

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab・CDDP・5-FU投与量 > (初回)
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) 投与量初回day2
cetuximab(アービタックス) 投与量day9,16
CDDP(シスプラチン) 投与量
5-FU(フルオロウラシル) 投与量

<備考欄>
・治療予定回数は初回を含めて6コースまで
・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良い。
・2)のラクテックはday3:1000mL/12hr x 2回、day4:500mL/8hr x 3回、day5:1000mL/24hr x 1回で落とす。

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

セツキシマブ+PTX療法(2回目以降)プロトコール(every week)  
 day1.....day8  
 PTX(パクリタキセル) 80mg/m<sup>2</sup> ↓ next  
 cetuximab(アービタックス) 250mg/m<sup>2</sup> ↓ 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 アービタックス  
 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 (メイン:持続点滴:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) デキサート	3.3mg/1mL	X3A
ファモチジン	20mg/20mL	X1A
生食 (側管:持続点滴:0.5時間)	100mL	× 1B
3) 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	5錠
4) 生食 (側管:持続点滴:0.5時間)	50mL	× 1B
5) パクリタキセル	100mg/16.7mL	× ( )V
パクリタキセル	30mg/5mL	× ( )V
生食 (側管:持続点滴:1時間)	250mL	X1B
6) 生食 (側管:持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B
7) アービタックス	500mg/100mL	× ( )V
アービタックス	100mg/20mL	× ( )V
生食 (側管:持続点滴:1時間)	250mL	X1B
8) 生食 (側管:持続点滴:1時間)	250mL	× 1B

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

III. 化学療法剤投与量算出

<PTX・cetuximab(2回目以降) 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<sup>2</sup>)  
 PTX(パクリタキセル)投与量 \_\_\_\_\_ mg/body  
 = 80mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)  
 cetuximab(アービタックス)投与量( \_\_\_\_\_ mg/body)  
 = 250mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)

<備考欄>  
 (輸液ライン)  
 ・パクリタキセル用点滴セットを使用  
 (前投薬)  
 ・PTX: 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週目の投与より減量しても良い。

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

セツキシマブ+PTX療法(初回)プロトコール(every week)  
 day1.....day8  
 PTX(パクリタキセル) 80mg/m<sup>2</sup> ↓ next  
 cetuximab(アービタックス) 400mg/m<sup>2</sup> ↓ 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 アービタックス  
 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 (メイン:持続点滴:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) デキサート	3.3mg/1mL	X3A
ファモチジン	20mg/20mL	X1A
生食 (側管:持続点滴:0.5時間)	100mL	× 1B
3) 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	5錠
4) 生食 (側管:持続点滴:0.5時間)	50mL	× 1B
5) パクリタキセル	100mg/16.7mL	× ( )V
パクリタキセル	30mg/5mL	× ( )V
生食 (側管:持続点滴:1時間)	250mL	X1B
6) 生食 (側管:持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B
7) アービタックス	500mg/100mL	× ( )V
アービタックス	100mg/20mL	× ( )V
生食 (側管:持続点滴:2時間)	500mL	X1B
8) 生食 (側管:持続点滴:1時間)	250mL	× 1B

( )  
 ( )  
 ( )  
 ( )  
 ( )  
 ( )  
 ( )  
 ( )  
 ( )

III. 化学療法剤投与量算出

<PTX・cetuximab(初回)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<sup>2</sup>)  
 PTX(パクリタキセル)投与量 \_\_\_\_\_ mg/body  
 = 80mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)  
 cetuximab(アービタックス)投与量( \_\_\_\_\_ mg/body)  
 = 400mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)

<備考欄>  
 (輸液ライン)  
 ・パクリタキセル用点滴セットを使用  
 (前投薬)  
 ・PTX: 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週目の投与より減量しても良い。

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

セツキシマブ+RT療法(2回目以降)プロトコール(every week)  
 day1.....day8  
 cetuximab(アービタックス) 250mg/m<sup>2</sup> ↓ next→  
 in

<疾患名>  
 頭頸部がん(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>  
 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)

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (メイン:持続点滴:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) デキサート注 ポラミン注 生食 (側管:持続点滴:0.5時間)	3.3mg/1mL 5mg/1mL 100mL	X2A X1A × 1B
3) 生食 (側管:持続点滴: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 (側管:持続点滴:1時間)	500mg/100mL 100mg/20mL 250mL	×( )V ×( )V X1B
5) 生食 (側管:持続点滴:1時間)	250mL	× 1B

( )

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab 投与量(2回目以降) >  
 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<sup>2</sup>)  
 cetuximab(アービタックス)投与量( mg/body)  
 = 250mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)

<備考欄>  
 ・治療予定コース数:初回を含めて8コース  
 ・放射線療法と併用

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

セツキシマブ+RT療法(初回)プロトコール(every week)  
 day1.....day8  
 cetuximab(アービタックス) 400mg/m<sup>2</sup> ↓ next→  
 in

<疾患名>  
 頭頸部がん(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>  
 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)

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (メイン:持続点滴:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) デキサート注 ポラミン注 生食 (側管:持続点滴:0.5時間)	3.3mg/1mL 5mg/1mL 100mL	X2A X1A × 1B
3) 生食 (側管:持続点滴: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 (側管:持続点滴:2時間)	500mg/100mL 100mg/20mL 500mL	×( )V ×( )V X1B
5) 生食 (側管:持続点滴:1時間)	250mL	× 1B

( )

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab 投与量(初回) >  
 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<sup>2</sup>)  
 cetuximab(アービタックス)投与量( mg/body)  
 = 400mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)

<備考欄>  
 ・放射線療法と併用

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

セツキシマブ単剤療法プロトコール(every week)  
 day1...8...  
 cetuximab(アービタックス)250mg/m<sup>2</sup> ↓ 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: 1時間)	500mg/100mL 100mg/20mL 250mL	× ( )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 >  
 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<sup>2</sup>)  
 cetuximab(アービタックス)投与量( mg/body)  
 = 250mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)

<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。