病棟・外来

化学療法ワークシート＜EMA/CO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

EMA/CO療法プロトコール　(every 2 weeks)

		day1・2・・・・・day8・・・・・・day15
VP16(ベプシド)	100mg/m^2	↓ ↓ next
ACT-D(コスメゲン)	0.5mg/body	↓ ↓ in
MTX(メソトレキセート)	300mg/m^2	↓
CPA(エンドキサン)	600mg/m^2	↓
VCR(オンコビン)	1.0mg/m^2	↓

〈疾患名〉

□絨毛性疾患

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〉

ベプシド	コスメゲン	メソトレキセート	エンドキサン	オンコビン
mg	mg	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8日目
			(　　)	(　　)	(　　)	(　　)	(　　)
1) ソルデム3A	500mL	×1B					
メイロン	20mL	×1A					
(持続点滴メイン4時間)							
1) デカドロン錠	0.5mg/錠	×16錠/日					
(内服:1日2回　朝・昼食後)							
2) デキサート注	3.3mg	×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)　day8はメインで							
2) デキサート注	3.3mg	×3A					
生食	100mL	×1B					
(持続点滴メイン:0.5時間)							
3) ベプシド	100mg/5mL	×(　　)V					
5%ブドウ糖	500mL	X1B					
(持続点滴側管:1.5時間)							
4) イメンドカプセルセット		1セット	125mg	80mg	80mg		
(内服:コスメゲン投与1時間前)							
5) コスメゲン	0.5mg/V	×(　　)V					
注射用水	20mL	×1V					
生食	20mL	×0.5A					
(持続点滴側管ワンショット)							
6) ダイアモックス	500mg	×0.5A					
生食	100mL	×1B					
(持続点滴側管:0.5時間)							
6) レボホリナート	25mg/V	7.5mg					
生食	50mL	20mL					
(静脈内注射側管:1分　MTX投与24、48時間後)							
7) メソトレキセート	50mg	×(　　)V					
メソトレキセート	5mg	×(　　)V					
生食	500mL	X1B					
(持続点滴側管:12時間)							
8) ソルデム3A	500mL	×1B					
メイロン	20mL	×1A					
(持続点滴メイン:4時間)							
9) ソルデム3A	500mL	×1B					
メイロン	20mL	×1A					
(持続点滴メイン:4時間)							
10) ソルデム3A	500mL	×1B					
メイロン	20mL	×1A					
(持続点滴メイン:4時間)							
11) エンドキサン	500mg	×(　　)V					
エンドキサン	100mg	×(　　)V					
生食	100mL	X1B					
(持続点滴メイン:1時間)							
12) オンコビン	1mg/V	×(　　)V					
生食	50mL	X1B					
(持続点滴メイン:10分)							
13) 生食	50mL	×1B					
(持続点滴側管:全開で フラッシュ用)　day8はメインで							
14) レボホリナート	25mg/V	7.5mg					
生食	50mL	20mL					
(静脈内**注射側管**:1分　MTX投与36、60時間後)							

レボホリナートの調製は、生食50mLのボトルから30mL生食をシリンジで抜き取り、残った生食でレボホリナート25mg1Vを溶した後、必要量6.9mLを投与する。

Ⅲ．化学療法剤投与量算出

＜VP16・ACT-D・MTX・CPA・VCR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)

VP16(ベプシド)投与量(　　mg/body)

= 100mg/m^2 × 体表面積(　　m^2) × (　　%)

ACT-D(コスメゲン)投与量(　　mg/body)

= 0.5mg/body　× (　　%)

MTX(メソトレキセート)投与量(　　mg/body)

= 300mg/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) × (　　%)

VCR(オンコビン)投与量(　　mg/body)

= 1.0mg/m^2 × 体表面積(　　m^2) × (　　%)

＜備考欄＞

・MTX : フロセミドは尿を酸性化し、メソトレキセートの腎毒性を増悪させるため、禁忌。
　尿をpH7以上に維持し、尿量を確保する。
・ベプシド:DEHPフリーの専用ルートで投与すること。
　→JMS輸液セット:PVCフリーで可（上記条件を満たす。）
・コスメゲン:静注は医師が行う。
　1Vあたり注射用水1.1mLで溶解（溶解後、1mL中にACT-Dを0.5mg含有する。）
　溶解後、生食10mLに希釈。
・血管外漏出:オンコビン、コスメゲンは壊死性
・オンコビン:2mg/dayが上限

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＜EMA/CO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

EMA/CO療法プロトコール　(every 2 weeks)

		day1・2・・・・・day8・・・・・・day15
VP16(ベプシド)	100mg/m^2	↓ ↓　　next
ACT-D(コスメゲン)	0.5mg/body	↓ ↓　　in
MTX(メソトレキセート)	300mg/m^2	↓
CPA(エンドキサン)	600mg/m^2	↓
VCR(オンコビン)	1.0mg/m^2	↓

〈疾患名〉

□絨毛性疾患

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〉

ベプシド	コスメゲン	メソトレキセート	エンドキサン	オンコビン
mg	mg	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8日目
1) ソルデム3A	500mL	×1B					
メイロン	20mL	×1A					
(持続点滴メイン4時間)							
1) デカドロン錠	0.5mg/錠	×16錠/日					
(内服:1日2回　朝・昼食後)							
2) デキサート注	3.3mg	×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)　day8はメインで							
2) デキサート注	3.3mg	×3A					
生食	100mL	×1B					
(持続点滴メイン:0.5時間)							
3) ベプシド	100mg/5mL	×(　　)V					
5%ブドウ糖	500mL	X1B					
(持続点滴側管:1.5時間)							
4) イメンドカプセルセット		1セット	125mg	80mg	80mg		
(内服:コスメゲン投与1時間前)							
5) コスメゲン	0.5mg/V	×(　　)V					
注射用水	20mL	×1V					
生食	20mL	×0.5A					
(持続点滴側管ワンショット)							
6) ダイアモックス	500mg	×0.5A					
生食	100mL	×1B					
(持続点滴側管:0.5時間)							
6) ロイコボリン	3mg/1mL	×5A					
(**筋肉注射**:MTX投与24、48時間後)							
7) メソトレキセート	50mg	×(　　)V					
メソトレキセート	5mg	×(　　)V					
生食	500mL	X1B					
(持続点滴側管:12時間)							
8) ソルデム3A	500mL	×1B					
メイロン	20mL	×1A					
(持続点滴メイン:4時間)							
9) ソルデム3A	500mL	×1B					
メイロン	20mL	×1A					
(持続点滴メイン:4時間)							
10) ソルデム3A	500mL	×1B					
メイロン	20mL	×1A					
(持続点滴メイン:4時間)							
11) エンドキサン	500mg	×(　　)V					
エンドキサン	100mg	×(　　)V					
生食	100mL	X1B					
(持続点滴メイン:1時間)							
12) オンコビン	1mg/V	×(　　)V					
生食	50mL	X1B					
(持続点滴メイン:10分)							
13) 生食	50mL	×1B					
(持続点滴側管:全開で フラッシュ用)　day8はメインで							
14) ロイコボリン	3mg/1mL	×5A					
(**筋肉注射**:MTX投与36、60時間後)							

Ⅲ．化学療法剤投与量算出

＜VP16・ACT-D・MTX・CPA・VCR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)

VP16(ベプシド)投与量(　　mg/body)

= 100mg/m^2 × 体表面積(　　m^2) × (　　%)

ACT-D(コスメゲン)投与量(　　mg/body)

= 0.5mg/body　× (　　%)

MTX(メソトレキセート)投与量(　　mg/body)

= 300mg/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) × (　　%)

VCR(オンコビン)投与量(　　mg/body)

= 1.0mg/m^2 × 体表面積(　　m^2) × (　　%)

＜備考欄＞

・MTX : フロセミドは尿を酸性化し、メソトレキセートの腎毒性を増悪させるため、禁忌。
　尿をpH7以上に維持し、尿量を確保する。
・ベプシド:DEHPフリーの専用ルートで投与すること。
　→JMS輸液セット:PVCフリーで可（上記条件を満たす。）
・コスメゲン:静注は医師が行う。
　1Vあたり注射用水1.1mLで溶解（溶解後、1mL中にACT-Dを0.5mg含有する。）
　溶解後、生食10mLに希釈。
・血管外漏出:オンコビン、コスメゲンは壊死性
・オンコビン:2mg/dayが上限

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＜MTX単独療法＞

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

MTX単独療法　プロトコール(every 2 weeks)

day1・2・3・4・5・・・・・・・・・・・・・・・・15

MTX(メソトレキセート)　0.4mg/kg　↓↓↓↓↓　next in→

〈疾患名〉

□絨毛性疾患

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〉

メソトレキセート

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	第2日	第3日	第4日	第5日
(　　)	(　　)	(　　)	(　　)	(　　)

薬剤名	規格	数量
1) メソトレキセート	50mg/V	×(　　)V
メソトレキセート	5mg/V	×(　　)V
生食	20mL	×1A
（筋肉注射）		

Ⅲ. 化学療法剤投与量算出

＜ MTX 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)

MTX(メソトレキセート)投与量　(＿＿＿＿＿mg/body)

= 0.4mg/kg　×(　　%)

＜備考欄＞

・調製時、メソトレキセートの使用量に関わらず、生食2mLで溶解する。

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。

H23. 11 薬局 改訂

2024/7/2

病棟・外来

化学療法ワークシート＜アクチノマイシンD単独療法＞

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

アクチノマイシンD単独療法　プロトコール(every 2 weeks)

day1・2・3・4・5・・・・・・・・・・・・・・・・15

ACT-D(コスメゲン)　0.01mg/kg　↓↓↓↓↓　next in→

〈疾患名〉

□絨毛性疾患

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〉

コスメゲン

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) デキサート注	3.3mg/mL	×2A
グラニセトロン点滴バッグ	3mg/100mL	×1B
（持続点滴メイン：0.5時間）		
2) コスメゲン	0.5mg/V	×(　　)V
注射用水	20mL	×1A
生食	20mL	×0.5A
（ワンショット静注側管）		
3) 生食	50mL	×1B
（持続点滴側管：全開で　フラッシュ用）		

第1日	第2日	第3日	第4日	第5日
(　　)	(　　)	(　　)	(　　)	(　　)

Ⅲ．化学療法剤投与量算出

＜ ACT-D 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）

ACT-D(コスメゲン)投与量　（＿＿＿＿＿＿mg/body）

= 0.01mg/kg　×（　　%）

＜備考欄＞

コスメゲン：

・静注は医師が行う。

・血管外漏出で、壊死を起こす。

・1Vあたり注射用水1.1mLで溶解（溶解後、1mL中にACT-Dを0.5mg含有する）。

溶解後、生食10mLに希釈。

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. 11 薬局 改訂

2024/7/2