

癌化学療法 投与計画書（新規・変更）

加付番号

氏 名

生年月日

性別

提出日

主治医:

手術日

病名: ホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌  
患者本人へ説明した内容:

プロトコール名:SG療法

クール目

開始日

次回予定日

| 身長(cm) | 体重(kg) | 体表面積 (m <sup>2</sup> ) |
|--------|--------|------------------------|
|        |        | .                      |

確認事項

☐タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴があること

◆最終濃度が1.1～3.4mg/mLになるように調製

|   |                            |           |           |    |                          | DAY<br>1                  | DAY<br>2 | DAY<br>3 | DAY<br>4 | ...   | DAY<br>8 | DAY<br>9 | DAY<br>10 | DAY<br>11 |        |
|---|----------------------------|-----------|-----------|----|--------------------------|---------------------------|----------|----------|----------|-------|----------|----------|-----------|-----------|--------|
|   | 薬品名                        | プロトコール標準量 | 投与量       | 経路 | 点滴時間・速度                  | コメント                      | 1月 0日    | 1月 1日    | 1月 2日    | 1月 3日 |          | 1月 7日    | 1月 8日     | 1月 9日     | 1月 10日 |
| 1 | カロナール錠(200mg)              |           | 3錠        | 内服 |                          |                           | ○        |          |          |       |          | ○        |           |           |        |
| 2 | パロノセトロン点滴静注<br>バッグ(0.75mg) |           | 1バッグ      | 点滴 | 30分                      |                           | ○        |          |          |       |          | ○        |           |           |        |
|   | デキサート(6.6mg)               |           | 1.5瓶      | 点滴 |                          |                           | ○        |          |          |       |          | ○        |           |           |        |
|   | アロカリス点滴静注<br>(235mg)       |           | 1瓶        | 点滴 |                          |                           | ○        |          |          |       |          | ○        |           |           |        |
|   | ガスター注(20mg)                |           | 1A        | 点滴 |                          |                           | ○        |          |          |       |          | ○        |           |           |        |
|   | ボラミン注(5mg)                 |           | 1A        | 点滴 |                          |                           | ○        |          |          |       |          | ○        |           |           |        |
| 3 | 生理食塩液                      |           | 50mL      | 点滴 | 5分                       |                           | ○        |          |          |       |          | ○        |           |           |        |
| 4 | 生理食塩液                      | ★下記参照     | 100~500mL | 点滴 | 初回:180分<br>2回目以降:<br>60分 | 1Vあたり<br>生理食塩液<br>20mLで溶解 | ○        |          |          |       |          | ○        |           |           | 標準投与量  |
|   | トロデルビ                      | 10mg/kg   |           | 点滴 |                          |                           | ○        |          |          |       |          | ○        |           |           | mg     |
| 5 | 生理食塩液                      |           | 100mL     | 点滴 | 30分                      | 経過観察                      | ○        |          |          |       |          | ○        |           |           |        |
| 6 | デカドロン錠                     |           | 8mg 分2    | 内服 |                          | day2~day4<br>day9~day11   |          | ○        | ○        | ○     |          |          | ○         | ○         | ○      |

標準投与量

mg

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 21日  
投与日: day1,day8

★生理食塩液 輸液量  
トロデルビ投与量: 260mg未満 100mL  
260~800mg 250mL  
801mg以上 500mL

《注意事項》

1.この計画書は、初回投与までに提出してください。提出のない場合は、混注対象外とします  
2.計画を変更する場合は、その都度、計画書を提出してください。

※投薬上の注意などありましたら、ご指示下さい。