

癌化学療法 投与計画書 (新規・変更)

カルテ番号

氏 名

生年月日

性別

提出日

主治医:

病名: 食道癌

手術日

患者本人へ説明した内容:

プロトコール名:mFOLFOX-RT療法(ポート有)

身長(cm)

体重(kg)

体表面積(m<sup>2</sup>)

クール目

開始日

次回予定日

|    |                        |                       |       |    |                   | DAY<br>1 | DAY<br>2 | DAY<br>3 | DAY<br>4 |          |    |
|----|------------------------|-----------------------|-------|----|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----|
|    |                        |                       |       |    |                   | 1月 0日    | 1月 1日    | 1月 2日    | 1月 3日    |          |    |
| 1  | 生食シリンジ10mL             |                       | 1キット  | 点滴 |                   | ○        |          |          |          | 標準投与量    |    |
| 2  | パロノセトロン点滴静注バッグ(0.75mg) |                       | 1バッグ  | 点滴 | 30分               | ○        |          |          |          |          |    |
|    | アロカリス点滴静注(235mg)       |                       | 1瓶    | 点滴 |                   | ○        |          |          |          |          |    |
|    | デキサート(6.6mg)           |                       | 0.75瓶 | 点滴 |                   | ○        |          |          |          |          |    |
| 3  | 生理食塩液                  |                       | 50mL  | 点滴 | 5分                | ○        |          |          |          | レボホリナート  |    |
| 4  | 5%ブドウ糖注                |                       | 250mL | 側管 | 120分              | ○        |          |          |          |          |    |
|    | レボホリナート                | 200mg/m <sup>2</sup>  |       | 側管 |                   | ○        |          |          |          |          | mg |
| 5  | 5%ブドウ糖注                |                       | 250mL | 点滴 | 120分              | ○        |          |          |          | オキサリプラチン |    |
|    | オキサリプラチン               | 85mg/m <sup>2</sup>   |       | 点滴 |                   | ○        |          |          |          |          | mg |
| 6  | 5%ブドウ糖注                |                       | 100mL | 点滴 | 10分               | ○        |          |          |          | フルオロウラシル |    |
|    | フルオロウラシル               | 400mg/m <sup>2</sup>  |       | 点滴 |                   | ○        |          |          |          |          | mg |
| 7  | 生理食塩液                  |                       | 50mL  | 点滴 | 15分               | ○        |          |          |          | フルオロウラシル |    |
| 8  | 生理食塩液                  | 生食の量は薬剤室にて調節          |       | 点滴 | 46時間              | ○        |          |          |          |          |    |
|    | フルオロウラシル               | 1600mg/m <sup>2</sup> |       | 点滴 |                   | ○        |          |          |          |          | mg |
|    |                        |                       |       |    | Infusor Systemに充填 | ○        |          |          |          |          |    |
| 9  | 生食シリンジ10mL             |                       | 1キット  | 点滴 |                   | ○        |          |          |          |          |    |
| 10 | デキサメタゾン                |                       | 4mg/日 | 経口 |                   |          | ○        | ○        |          |          |    |
|    |                        |                       |       |    | day2,3に内服         |          |          |          |          |          |    |

1サイクル: 14日  
投与日: day1,day2  
サイクル数: 6回  
放射線照射日: ①d1-5,8-12, ②d1-5,8-12, ③d1-5 2Gy×25回(Total 50Gy)

オキサリプラチン  
総投与量チェック

mg

《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。