

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: 根治切除不能な進行・再発の食道癌
食道癌術後補助療法

手術日

患者本人へ説明した内容:

プロトコール名: Nivo【480mg】療法

クール目

開始日

次回予定日

身長(cm)

体重(kg)

体表面積(m²)

※0.22 μm以下のフィルターを通して投与							DAY 1	標準投与量 オブジーボ 480mg
	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	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○	
2	生理食塩液		50mL	点滴	30分		○	
	オブジーボ	480mg/body		点滴			○	
3	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○	

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 28日
投与日: day1
術後補助療法: 投与期間12ヶ月まで

《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。