

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: 膵臓癌  
患者本人へ説明した内容:

手術日

プロトコル名:mFOLFIRINOX療法(ポート有)

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>)

|    |                           |                       |              |    |      |                   | 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         | 静注 |      |                   | ○        |          |          |          |          |  |
| 2  | パロノセトン点滴静注<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 |      |                   | ○        |          |          |          |          |  |
| 3  | 生理食塩液                     |                       | 50mL         | 点滴 | 5分   |                   | ○        |          |          |          | 標準投与量    |  |
| 4  | 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       |  |
| 5  | 生理食塩液                     |                       | 250mL        | 側管 | 120分 | 6と同時に             | ○        |          |          |          | レボホリナート  |  |
|    | レボホリナート                   | 200mg/m <sup>2</sup>  |              | 側管 |      |                   | ○        |          |          |          | mg       |  |
| 6  | 生理食塩液                     |                       | 500mL        | 点滴 | 90分  | 5と同時に             | ○        |          |          |          | イリノテカン   |  |
|    | イリノテカン                    | 150mg/m <sup>2</sup>  |              | 点滴 |      |                   | ○        |          |          |          | mg       |  |
| 7  | 生理食塩液                     |                       | 50mL         | 点滴 | 15分  | 5終了時に             | ○        |          |          |          |          |  |
| 8  | 生理食塩液                     |                       | 生食の量は薬剤室にて調節 | 点滴 | 46時間 | 7終了時に             | ○        |          |          |          | フルオロウラシル |  |
|    | フルオロウラシル                  | 2400mg/m <sup>2</sup> |              | 点滴 |      | Infusor Systemに充填 | ○        |          |          |          | mg       |  |
| 9  | 生食シリンジ10mL                |                       | 1キット         | 静注 |      |                   | ○        |          |          |          |          |  |
| 10 | デキサメタゾン                   |                       | 8mg          | 経口 |      |                   |          | ○        | ○        | ○        |          |  |

1サイクル: 14日  
投与日: day1

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。