

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: がん化学療法後に増悪した根治切除不能な尿路上皮癌  
腎細胞癌における術後補助療法

手術日

患者本人へ説明した内容:

プロトコール名:キイトルーダ療法【400mg】(泌尿器科)

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>)

| ※0.2〜5μmのフィルターを通して投与 |               |            |       |    |             |      | DAY<br>1 | 標準投与量<br><br>キイトルーダ<br><br><b>400mg</b> |
|----------------------|---------------|------------|-------|----|-------------|------|----------|-----------------------------------------|
|                      | 薬品名           | プロトコール標準量  | 投与量   | 経路 | 点滴時間・<br>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         |            | 100mL | 点滴 | 30分         |      | ○        |                                         |
|                      | <b>キイトルーダ</b> | 400mg/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:42日  
投与日: day1  
術後補助療法:12ヶ月間まで

《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。