承認番号:27110905

(悪性軟部腫瘍001)ドキソルビシン・イホマイド 化学療法登録書

閉鎖式パル輸液セット

（印刷後、薬剤部へ提出）

患者ID　@PATIENTID

患者氏名　@PATIENTNAME

診療科　@USERSECTION　医師名　@USERNAME

レジメン開始予定日（必ず入力）　　年　　月　　日

ドキソルビシン＋イホマイド療法					
			21日/1コース		
					次コース
	1日目	2日目	3日目		22日目
ドキソルビシン	↓	↓	↓		↓
イホマイド	↓	↓	↓		↓
【参考】					
ドキソルビシン	30 mg/㎡				
イホマイド	2 g/㎡				

*レジメン開始後、投与スケジュール変更（休薬・減量等）コメント欄

薬剤部調製用（医師は投与量入力不要）

【day1～3】
※ウロミテキサンはイホマイド投与直後、4時間後、8時間後に投与
※day4　デキサメタゾン8mg　内服

day01

Rp.	イメンドcap （125mg）	朝	内服	
Rp.1	生理食塩液　50ml グラニセトロン1mg　1A デキサート 3.3mg　4A	30分	点滴	9:00
Rp.2	生理食塩液　100ml ドキソルビシン　（　）mg	30分	点滴	9:30
Rp.3	生理食塩液　50ml	15分	点滴	10:00
Rp.4	生理食塩液　100ml イホマイド　（　）mg	30分	点滴	10:15
Rp.5	ウロミテキサン400mg　1A ※イホマイド用量の20%相当量か確認		静注	10:45
Rp.6	生理食塩液　500ml	60分	点滴	10:45
Rp.7	生理食塩液　500ml	60分	点滴	11:45
Rp.8	生理食塩液　500ml	60分	点滴	12:45
Rp.9	生理食塩液　500ml	60分	点滴	13:45
Rp.10	ウロミテキサン400mg　1A ※イホマイド用量の20%相当量か確認		静注	14:45
Rp.11	ウロミテキサン400mg　1A ※イホマイド用量の20%相当量か確認		静注	18:45

day02、03

Rp.	イメンドcap （80mg）	朝	内服	
Rp.1	生理食塩液　50ml デキサート 3.3mg　3A	30分	点滴	9:00
Rp.2	生理食塩液　100ml ドキソルビシン　（　）mg	30分	点滴	9:30
Rp.3	生理食塩液　50ml	15分	点滴	10:00
Rp.4	生理食塩液　100ml イホマイド　（　）mg	30分	点滴	10:15
Rp.5	ウロミテキサン400mg　1A ※イホマイド用量の20%相当量か確認		静注	10:45
Rp.6	生理食塩液　500ml	60分	点滴	10:45
Rp.7	生理食塩液　500ml	60分	点滴	11:45
Rp.8	生理食塩液　500ml	60分	点滴	12:45
Rp.9	生理食塩液　500ml	60分	点滴	13:45
Rp.10	ウロミテキサン400mg　1A ※イホマイド用量の20%相当量か確認		静注	14:45
Rp.11	ウロミテキサン400mg　1A ※イホマイド用量の20%相当量か確認		静注	18:45
		21病日に休薬完了		

（変更時はコメントを記入して薬剤部へ連絡）

2021/10/07版