

化学療法登録書

薬剤部調製用(医師は投与量入力不要)

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

CA療法	21日/1コース（4～6コース）				
	1日目			22日目	
ドキソルビシン	↓			↓	
エンドキサン	↓			↓	
【参考】					
ドキソルビシン	50mg/m ² /日				
エンドキサン	800mg/m ² /日				
アントラサイクリン系薬剤未治療例で					
ドキソルビシンの総投与量が500mg/m ² を超えないようにする。					

*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

※day1のイメンド(125mg)は処置、day2以降のイメンド(80mg)は処方			
①day01			
療法プロトコール			
Rp.	イメンドcap (125mg)	朝	内服処置
Rp.1	生理食塩液 100ml		
	アロキシ 1A		
	デキサート 3A	30分	点滴
Rp.2	生理食塩液 100ml		
	ドキソルビシン ()mg	30分	点滴
Rp.3	生理食塩液 100ml		
	エンドキサン ()mg	30分	点滴
Rp.4	生理食塩液 50ml	15分	点滴
		21病日に休薬完了	
②day01(2回目以降)・・・登録書・説明書抜き			