

抗悪性腫瘍薬等レジメン登録用紙 兼 治療計画票

患者番号

患者氏名

性別

生年月日

身長: _____ cm 体重: _____ kg

体表面積: _____ m²

*レジメンコード: - - *登録日: 年 月 日

申請日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療科: _____ 申請医師: _____

レジメン名: ペムプロリズマブ

レジメン推奨グレード: _____

疾患名: _____

担当医: _____

病期: _____

術前・術後・再発・手術不能・その他() (いずれかに○)

レジメン開始予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

レジメン概要 [1サイクル(休薬日を含む)のスケジュールを下に図示] 治療期間: () サイクル(未定の場合は記入しない)

day1 day 42

キイトルーダ 400mg/body div 休薬

*疾患により最大投与期間は異なる

前投薬(薬品名)		投与量	単位 (mg等)	手技・ルート	投与速度 (mL/hr等)	備考 (内服薬の用法等)		
Day	投与順序	レジメン内容(薬品名)	基準値 下限値 上限値	単位 (mg/m ² 等)	投与量 (mg等)	手技・ルート	投与速度 (mL/hr等)	備考 (内服薬の用法等)
1	1	生理食塩水(50ml)			50ml	div	5分	
	2	キイトルーダ(100mg)			400mg	div	30分かけて	
		生理食塩水(100ml)			100ml			
	3	生理食塩水(50ml)			50ml	div	全開	
フィルターについての記載						催吐リスク分類		
インラインフィルター 0.2~5μm						軽度		
輸液セット・カテーテルについての記載								
特記事項なし								

注: 用紙が足りない場合は裏面を利用(裏面に記入例あり) *黄色の欄は薬剤部にて記入 *赤枠の欄はレジメン登録時記載不要

山口大学医学部附属病院

