

患者ID	@patientid
患者氏名	@patientname

診療科	@PATIENTFORMALSECTIONNAME
主治医 1	@USERNAME
主治医 2	

身長	\$height01_doc	cm
体重	\$weight01_doc	kg
体表面積	\$体表面積_Doc	m ²
アレルギー		
副作用歴		
病名	# 1	告知(有、無)
	# 2	告知(有、無)

治療目的 (いずれにか○)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 進行・再発癌 ・ 術前・術後 補助化学療法

mFOLFOX6+ベバシズマブ療法 第 コース	
通常用量	
ベバシズマブ	5mg/kg
レボホリナート	200 mg/m ²
5FU	2400 mg/m ²
5FU 急速	400 mg/m ²
オキサリプラチン	85 mg/m ²
	(2 週毎)

*ベバシズマブ投与は忍容性が良好であれば、2 回目は 60 分、それ以降は 30 分投与が可能。

*アプレピタント処方する

(月 日)

	本体				側管			
開始 0:00	パロヒトロンバック 50ml	1 P	点滴静注					
終了 0:30	デキサート 3.3mg	1 A	(30 分)					
開始 0:00	ポララミン注 5mg	1 A	静注					
開始 0:00	生食 20ml	1 P	静注					
	ファモチジン 20mg	1 A						
開始 0:30	生食 100ml	1 P	点滴静注					
終了 2:00	ベバシズマブ _____mg		(90 分)					
開始 2:00	5%ブドウ糖 250ml	1 P	点滴静注	開始 2:00	5%ブドウ糖 250ml	1 P	点滴静注	
終了 4:00	オキサリプラチン _____mg		(2 時間)	終了 4:00	レボホリナート _____mg		(2 時間)	
開始 4:00	5%ブドウ糖 50ml	1 P	点滴静注	開始 4:00	5%ブドウ糖 50ml	1 P	点滴静注	
終了 4:15	5FU _____mg		(15 分)	終了 50:00	5FU 全量	_____mg	インフューサーポンプ (46 時間)	
						92ml		
						2ml/hr		

(前日)

(当日)

施行日	払出薬剤師	監査薬剤師	受取看護師	混注薬剤師	監査薬剤師	施行看護師