

化学療法剤治療計画書

ニボルマブ療法

患者 I D	@patientid
患者氏名	@patientname

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

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

身長	\$height01_doc	c m
体重	\$weight01_doc	k g
体表面積	\$体表面積_Doc	m <sup>2</sup>
アレルギー		
副作用歴		
病 名	# 1	告知(有、無)
	# 2	告知(有、無)
ニボルマブ療法	第	コース
通常用量		
オプジーボ	240 mg/body	(2 週毎)
	または	
オプジーボ	480mg/body	(4 週毎)

( 月 日)

開始 0:00	生食	50ml	1 P	点滴路確保用 プライミング用
直後から 終了 0:30	生食 オプジーボ	100ml	1 P _____mg	点滴静注(30分) (フィルター使用)
	生食	50ml	1 P	フラッシュ抜針

(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