化学療法剤治療計画書　　アザシチジン療法(点滴)　　MDS

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	$wheight01_doc　ｋｇ
体表面積	$体表面積_Doc　㎡
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○）
- 進行・再発癌
- 術前・術後　補助化学療法

アザｓビチジン療法　第　コース
通常用量 アザシチジン　75 mg／㎡ day 1 - 7 (4 週毎)

第１日目（　月　日）　～　第７日目（　月　日）

開始　0:00	カイトリル錠　2mg	1　T	内服
開始　0:30	生食　50ml	1　P	点滴路確保用 プライミング用
開始　0:30 終了　0:40	生食　50ml 注射用水　20ml アザシチジン	1　P 1　P ＿＿＿mg	点滴静注(10 分) ビダーザ溶解 100mg/B/10ml で溶解
	生食　50ml		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

日付	ｶｲﾄﾘﾙ内服