

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

FOLFIRINOX 療法	第	コース
通常用量		
レボホリナート	200 mg/m ²	
5-FU	2400 mg/m ²	
5-FU 急速	400 mg/m ²	
オキサリプラチン	85 mg/m ²	
イリノテカン	180 mg/m ²	(2 週毎)

(月 日)

		本体			側管			
開始	0:00	パロセトロンパック 50ml	1 P	点滴静注				
終了	0:30	デキサート 3.3mg	2 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	5%ブドウ糖 250ml	1 P	点滴静注				
終了	2:30	オキサリプラチン	_____mg	(2時間)				
開始	2:30	5%ブドウ糖 250ml	1 P	点滴静注	開始 2:30	5%ブドウ糖 250ml	1 P	点滴静注
終了	4:30	イリノテカン	_____mg	(2時間)	終了 4:30	レボホリナート	_____mg	(2時間)
開始	4:30	5%ブドウ糖 50ml	1 P	点滴静注	開始 4:30	5%ブドウ糖 50ml	1 P	点滴静注
終了	4:45	5FU	_____mg	(15分)	終了 50:30	5FU 全量	_____mg	インフューザーポンプ (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