

【入院・外来】化学療法治療計画書

発行日 年 月 日

〈治療レジメン名〉

FOLFIRI療法

変更 (① / 、② /)

薬剤	投与量	投与方法	投与スケジュール
イリノテカン	150mg/m ²	点滴静注	Day 1
レボホリナート	200mg/m ²	点滴静注	
5-FU	400mg/m ²	点滴静注	
5-FU	2400mg/m ²	持続点滴静注	

外来 科 主治医

患者名 様 ID:

生年月日:(M・T・S・H) 年 月 日(歳) 性別: 男性・女性

身長 cm 体重 kg 体表面積 m² 病名

No.	予定時刻	ルート	用法	薬剤名(規格量)	指示量	施行量	所要時間
ア	:	経口		イメドカプセル	125mg	1C	
	:	主管	点滴	生理食塩液	50mL	1B	ルート確保
イ	:	主管	点滴	グラニセロン注バッグ3mg	100mL	1B	30分
				デキサート注	6.6mg	1V	
				ガスター注(20mg)	20mg	1A	
※[ウー①][ウー②]は同時投与							
ウー①	:	主管	点滴	5%ブドウ糖液 イリノテカン注	250mL 150mg/m ²	1B mg	120分
ウー②	:	主管	点滴	5%ブドウ糖液 レボホリナート注	250mL 200mg/m ²	1B mg	120分
※[ウ]終了後、主管より[エ]を開始							
エ	:	主管	点滴	生理食塩液 5-FU注	50mL 400mg/m ²	1B mg	全開
※[エ]終了後、主管より[オ](インフューザー)を開始 【注意】							
オ	:	主管	持続点滴	生理食塩液 5-FU注	250mL 2400mg/m ²	mL mg (mL)	計230mL (5 mL/hr) 46時間
	:	主管	点滴	生理食塩液 (ルート確保に用いた残り)			分

〈治療開始日〉 年 月 日

〈変更開始日〉① 年 月 日

〈変更開始日〉② 年 月 日

〈投与スケジュール〉 14日(2週)で1クール

Day	1	8
	↓	休薬

【注意事項】(同一レジメンを使用する患者全員に対して)

例) バイタルをとるタイミング・回数、血管外漏出時の対応(Dr. コール前にする事)

・イメンドカプセルは、イリノテカン注投与1時間～1時間30分前に服用すること。

・5-FU注の持続点滴においては、入院に限り、輸液ポンプでの投与は可能

【患者個別対応】(患者個人での注意事項)

例) アレルギー、終了後の安静など