

(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〉

GEM単独療法

変更 (① / 、② /)

薬剤	投与量	投与方法	投与スケジュール
ゲムシタビン(ジェムザール)	1000 mg/m ²	点滴	Day1. 8. 15

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
	:	主管	点滴	生理食塩液	50mL	1 B	ルート確保
ア	:	主管	点滴	生理食塩液	100mL	1 B	30分
				デキサート注	6.6mg	1 A	
イ	:	主管	点滴	生理食塩液 ゲムシタビン注「NK」	100mL 1000mg/m ²	1 B mg	30分
	:	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〉 28日で1クール 1週毎(3週投薬1週休薬)

Day	1	8	15	21
ゲムシタビン	↓	↓	↓	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)

【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