

当院で入院して初回化学療法を実施された患者さんには、点滴の内容を記した「お薬手帳シール」(下図参照)をお渡ししています。レジメン名称、治療薬剤・投与量、患者さんの身長・体重・体表面積等を記載しています。



ID: ○○○○ ○○○○様	実施日: ○○/○○/○○(○)
診療科: 療法名: FOLFIRI	
身長: ○○cm 体重: ○○kg 体表面積: ○○○m ²	
投与スケジュール: 投 休. 1コース 日間。	
生食注 (100mL/B)	1瓶
【備考】	ラインプライミング用
アロキシ点滴静注バック (0.75mg/50mL)	0.75mg
▲デキサート注射液 (6.6mg/2mL) (旧8mg)	6.6mg
【備考】	全開でdrip
大塚糖液 5% (250mL/B)	1袋
カプト点滴静注 (40mg/2mL)	280mg
【備考】	点滴速度 176 ml/h 注入時間1時間30分 体リカートと同時に投与開始
大塚糖液 5% (500mL/B)	1袋
後) レボホリナート点滴静注用 (25mg)	310mg
【備考】	点滴速度 250 ml/h 注入時間2時間 カプトと同時に投与開始
生理食塩液「ヒカリ」 (50mL)	1瓶
フルオロウラシル注 (250mg/5mL)	620mg
【備考】	7イブ*リン終了後に投与開始, 全開でdrip
生理食塩液「ヒカリ」 (50mL)	1瓶
【備考】	ラインフラッシュ用
生食注 (250mL/B)	0.92袋
フルオロウラシル注 (250mg/5mL)	3,700mg
【備考】	点滴速度 6.6 ml/h 注入時間46時間 total 230mlとして5ml/hで点滴

東京女子医科大学八千代医療センター
薬剤部