

化学療法スケジュール表

- 一般治療
- 臨床試験
- 治験

患者氏名
患者ID
生年月日

身長	cm	診療科	
体重	kg		
体表面積	m ²		
Scr	mg/dL	医師	印
Ccr	ml/min		

ペムブロリズマブ+5FU(入院用)

(登録No. 22GI01)

施用開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(初回・継続 _____ コース目・変更)

病名	推奨度
食道癌	B

5-FU	(800mg g/m ²)	予定日付	/	/	/	/	/
Pembrolizumab	(200mg g)		↓	↓	↓	↓	↓
		Day	1	2	3	4	5
			(1サイクル 21 日) (休薬 16 日以上)				

ペムブロリズマブ+FPから継続

1 生理食塩液 50 mL	50 mL	点滴注射 60分 メイン フルオウラシルルートプライミング用	(1)
2 生理食塩液テルモ 500 mL フルオウラシル注 () mg (800mg g/m ²)	500 mL	点滴注射 メイン 24時間	(1) (2) (3) (4) (5)
3 生理食塩液 50 mL	50 mL	点滴注射 メイン フルオウラシルフラッシュ用	(5)
4 生理食塩液 50 mL	50 mL	点滴注射 ルートキープ 全開 側管	(1)
5 生理食塩液 100 mL キイトルーダ点滴静注 (200) mg	100 mL	点滴注射 30分 側管 希釈後の最終濃度は、 1~10mg/mLとなるように調製 0.2~0.22μmのインラインフィルターを使用	(1)
6 生理食塩液 50 mL	50 mL	点滴注射 フラッシュ用 側管	(1)

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日