

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	医師	印
Scr	mg/dL		
Ccr	ml/min		

テクリスタマブ皮下注（継続投与期）

(登録No. 26HT29)

施用開始日 年 月 日

(初回・継続 _____ コース目・変更)

病名	推奨度
多発性骨髄腫	C

Teclistamab (1.5mg/kg)	予定日付	／
	Day	1
	(1サイクル 7 日) (休薬 6 日以上)	

必要に応じて制吐剤の前投薬を追加可能 CRS注意 トリスマブ 準備要 ★要時発注：テカベリ

1 テクベイリ皮下注153mg () mg (1.5mg/kg) 皮下注射

(1)