

マスタ内容確認シート

1 / 3

発行日時 2025年09月16日 16時24分

レジメンNo. 01-010179

クール日数 42日 休薬期間 0日

レジメン名称 Pembrolizumab (400mg) +FOLFFOX 6週1コース

RpNo	薬剤名/手技/コメント	1回投与量（主単位） 速度指示	day(1)	day(2)	day(3)	day(4)	day(5)	day(6)	day(7)
			未定						
01	点滴 点滴注射 投与前後に使用 (100)生食注100mL	100mL	未定						
02	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） フィルター付きルート 30分で [H] キイトルーダ100mg (100)生食注100mL	400mg 100mL /Body	未定						
03	点滴 点滴注射 15分で [H] (6.6)デキサート6.6mg [H] (3.3)デキサート3.3mg パロノセトロン点滴静注バック0.75mg	1管 1管 1袋	未定						
04	点滴 点滴注射 サリプラチンと同時投与 2時間で レボホリナート注 100mg (250) 5%ブドウ糖☆250mL☆	200mg 250mL /m ²	未定						
05	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） レボホリナートと同時投与 2時間で [H] サリプラチン100mg (250) 5%ブドウ糖☆250mL☆	85mg 250mL /m ²	未定						
06	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） 全開 [H] フルオロウラシル注1000mg (50) 生理食塩液 50mL	400mg 50mL /m ²	未定						
07	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） 46時間で [H] フルオロウラシル注1000mg	2400mg /m ²	未定						
----- 続きあり -----									

適用時確認コメント セット入力→免疫チェックを検査オーダー	確認印	
	医師	薬剤師
注意コメント 心電図モニター装着		

マスタ内容確認シート

2 / 3

発行日時 2025年09月16日 16時24分

レジメンNo. 01-010179 クール日数 42日 休薬期間 0日
レジメン名称 Pembrolizumab (400mg) +FOLFOLX 6週1コース

RpNo	薬剤名/手技/コメント	1回投与量（主単位） 速度指示	day (15)	day (16)	day (17)	day (18)	day (19)	day (20)	day (21)
01	点滴 点滴注射 投与前後に使用 (100)生食注100mL	100mL	未定						
03	点滴 点滴注射 15分で [H] (6.6)デキサート6.6mg [H] (3.3)デキサート3.3mg パロノセトロン点滴静注バック0.75mg	1管 1管 1袋	未定						
04	点滴 点滴注射 サリチンと同時投与 2時間で レボホリナート注 100mg (250)5%ブドウ糖☆250mL☆	200mg 250mL	未定						
05	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） サリチンと同時投与 2時間で [H]サリチン100mg (250)5%ブドウ糖☆250mL☆	85mg 250mL	未定						
06	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） 全開 [H]フルオロウラシル注1000mg (50)生理食塩液 50mL	400mg 50mL	未定						
07	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） 46時間で [H]フルオロウラシル注1000mg	2400mg	未定						
続きあり									

適用時確認コメント セット入力→免疫チェックを検査オーダー	確認印	
	医師	薬剤師
注意コメント 心電図モニター装着		

マスタ内容確認シート

3 / 3

発行日時 2025年09月16日 16時24分

レジメンNo. 01-010179

クール日数 42日 休薬期間 0日

レジメン名称 Pembrolizumab (400mg) +FOLF0X 6週1コース

RpNo	薬剤名/手技/コメント	1 回投与量（主単位） 速度指示	day (29)	day (30)	day (31)	day (32)	day (33)	day (34)	day (35)
01	点滴 点滴注射 投与前後に使用 (100)生食注100mL	100mL	未定						
03	点滴 点滴注射 1 5 分で [H] (6. 6)デキサート6. 6mg [H] (3. 3)デキサート3. 3mg パロノセトロン点滴静注バック0. 75mg	1 管 1 管 1 袋	未定						
04	点滴 点滴注射 材料ﾌﾟﾗｽﾁﾝと同時投与 2 時間で レボホリナート注 100m g (250) 5 %ブドウ糖☆250mL ☆	200mg 250mL	/㎡	未定					
05	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） ﾚﾌﾞﾎﾘﾅｰﾄと同時投与 2 時間で [H]材料ﾌﾟﾗｽﾁﾝ100m g (250) 5 %ブドウ糖☆250mL ☆	85mg 250mL	/㎡	未定					
06	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） 全開 [H]フルオロウラシル注1000m g (50)生理食塩液 50mL	400mg 50mL	/㎡	未定					
07	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） 4 6 時間で [H]. フルオロウラシル注1000m g	2400mg	/㎡	未定					
終了									
適用時確認コメント セット入力→免疫チェックを検査オーダー							確認印 医師 薬剤師		
注意コメント 心電図モニター装着									