

# マスタ内容確認シート

1 / 4

発行日時 2025年07月02日 16時29分

レジメンNo. 01-079265

クール日数 28日 休薬期間 0日

レジメン名称 JSCT ALL/MRD2023 (Ph-, CD19-) 【地固め(A-2)】 [16-35歳]

| RpNo | 薬剤名/手技/コメント                                                                                                                        | 1回投与量 (主単位)<br>速度指示             | day (1) | day (2) | day (3) | day (4) | day (5) | day (6) | day (7) |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 01   | 点滴<br>点滴注射<br>投与前後に使用<br>(100) 生食注100mL                                                                                            | 100mL                           | 未定      | 未定      | 未定      |         |         |         |         |
| 04   | 点滴<br>点滴注射<br>15分で<br>グラニセトロン注3mgバック                                                                                               | 1袋                              | 未定      | 未定      | 未定      |         |         |         |         |
| 06   | 点滴<br>点滴注射 (無菌製剤加算)<br>全開で<br>[H] オンコビン1mg<br>(50) 生理食塩液 50mL                                                                      | 1.3mg /m <sup>2</sup><br>50mL   | 未定      |         |         |         |         |         |         |
| 07   | 点滴<br>点滴注射 (無菌製剤加算)<br>30分で<br>[H] ダウノマイシン20mg<br>(100) 生食注100mL                                                                   | 50mg /m <sup>2</sup><br>100mL   | 未定      | 未定      | 未定      |         |         |         |         |
| 08   | 点滴<br>点滴注射 【 閉鎖系無菌加算(1) 】<br>60分で<br>[H] エンドキサン500mg<br>(250) 生理食塩液250mL                                                           | 1000mg /m <sup>2</sup><br>250mL | 未定      |         |         |         |         |         |         |
| 12   | 骨髄内・脳脊髄腔内<br>脳脊髄腔注射 (腰椎) (無菌加算)<br>指定の容器に入れて払出<br>総量6mL (10mLシリンジで調製)<br>[H] メソトレキセート50mg<br>[H] (3.3) デキサート3.3mg<br>(20) 生食注 20mL | 15mg /Body<br>3.3mg<br>1管       | 未定      |         |         |         |         |         |         |
| 続きあり |                                                                                                                                    |                                 |         |         |         |         |         |         |         |

## 適用時確認コメント

プレドニゾロン、フィルグラスチムは別途、

## 確認印

医師

薬剤師

## 注意コメント

PSL (経口又は注射) 60mg/m<sup>2</sup> (最大100mg/body) day1-21⇒day22以降は漸減  
 フィルグラスチム 150μg (皮下) または300μg (点滴) day5以降 (好中球数≥5000まで)  
 day9の制吐薬を開始時に加ナール 500mgを内服 ★心電図モニター装着

マスタ内容確認シート

2 / 4

発行日時 2025年07月02日 16時29分

レジメンNo. 01-079265 クール日数 28日 休薬期間 0日  
レジメン名称 JSCT ALL/MRD2023 (Ph-, CD19-) 【地固め(A-2)】 [16-35歳]

| RpNo | 薬剤名/手技/コメント                                                                      | 1回投与量（主単位）<br>速度指示                    | day ( 8 ) | day ( 9 ) | day (10) | day (11) | day (12) | day (13) | day (14) |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|      |                                                                                  |                                       |           |           |          |          |          |          |          |
| 02   | 点滴<br>点滴注射<br>投与前後に使用<br>(100)生食注100mL                                           | 100mL                                 | 未定        | 未定        |          |          |          |          |          |
| 05   | 点滴<br>点滴注射<br>15分で<br>グラニセトロン注3mgバック                                             | 1袋                                    | 未定        |           |          |          |          |          |          |
| 06   | 点滴<br>点滴注射（無菌製剤加算）<br>全開で<br>[H] オンコビン 1mg<br>(50)生理食塩液 50mL                     | 1.3mg<br>50mL /m <sup>2</sup>         | 未定        |           |          |          |          |          |          |
| 09   | 点滴<br>点滴注射<br>開始時に加ナール錠を内服<br>15分で<br>グラニセトロン注3mgバック<br>ガスター注20mg<br>ポララミン注5mg   | 1袋<br>1管<br>1管                        |           | 未定        |          |          |          |          |          |
| 10   | 点滴<br>点滴注射<br>制吐薬投与後のラインフラッシュ<br>(50)生理食塩液 50mL                                  | 50mL                                  |           | 未定        |          |          |          |          |          |
| 11   | 点滴<br>点滴注射（無菌製剤加算）<br>2時間で<br>[H] オンキヤスパール点滴静注用 3750<br>(100)生食注100mL<br>蒸留水20mL | 1500単位<br>100mL<br>1管 /m <sup>2</sup> |           | 未定        |          |          |          |          |          |
| 続きあり |                                                                                  |                                       |           |           |          |          |          |          |          |

| 適用時確認コメント                                                                                                                                                                  | 確認印 |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
|                                                                                                                                                                            | 医師  | 薬剤師 |
| ブレドニゾン、フィルグラスチムは別途、                                                                                                                                                        |     |     |
| 注意コメント<br>PSL（経口又は注射） 60mg/m <sup>2</sup> （最大100mg/body） day1-21⇒day22以降は漸減<br>フィルグラスチム 150μg（皮下）または300μg（点滴） day5以降（好中球数≥5000まで）<br>day9の制吐薬を開始時に加ナール 500mgを内服 ★心電図モニター装着 |     |     |

マスタ内容確認シート

3 / 4

発行日時 2025年07月02日 16時29分

レジメンNo. 01-079265      クール日数 28日    休薬期間 0日  
レジメン名称 JSCT ALL/MRD2023 (Ph-、CD19-) 【地固め(A-2)】 [16-35歳]

| RpNo             | 薬剤名/手技/コメント                                                  | 1回投与量（主単位）<br>速度指示            | day (15) | day (16) | day (17) | day (18) | day (19) | day (20) | day (21) |
|------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                  |                                                              |                               |          |          |          |          |          |          |          |
| 03               | 点滴<br>点滴注射<br>投与前後に使用<br>(100) 生食注100mL                      | 100mL                         | 未定       |          |          |          |          |          |          |
| 05               | 点滴<br>点滴注射<br>15分で<br>グラニセトロン注3mgバック                         | 1袋                            | 未定       |          |          |          |          |          |          |
| 06               | 点滴<br>点滴注射（無菌製剤加算）<br>全開で<br>[H] オンコビン1mg<br>(50) 生理食塩液 50mL | 1.3mg /m <sup>2</sup><br>50mL | 未定       |          |          |          |          |          |          |
| ----- 続きあり ----- |                                                              |                               |          |          |          |          |          |          |          |

| 適用時確認コメント                                                                                                                                                                            | 確認印 |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
|                                                                                                                                                                                      | 医師  | 薬剤師 |
| ブレドニゾン、フィルグラステムは別途、                                                                                                                                                                  |     |     |
| 注意コメント<br>PSL (経口又は注射) 60mg/m <sup>2</sup> (最大100mg/body) day1-21⇒day22以降は漸減<br>フィルグラステム 150μg (皮下) または300μg (点滴) day5以降 (好中球数≥5000まで)<br>day9の制吐薬を開始時に加ナール 500mgを内服      ★心電図モニター装着 |     |     |

マスタ内容確認シート

4 / 4

発行日時 2025年07月02日 16時29分

レジメンNo. 01-079265 クール日数 28日 休業期間 0日  
レジメン名称 JSCT ALL/MRD2023(Ph-, CD19-)【地固め(A-2)】[16-35歳]

| RpNo | 薬剤名/手技/コメント                                                 | 1回投与量（主単位）<br>速度指示            | day (22) | day (23) | day (24) | day (25) | day (26) | day (27) | day (28) |
|------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|      |                                                             |                               |          |          |          |          |          |          |          |
| 03   | 点滴<br>点滴注射<br>投与前後に使用<br>(100)生食注100mL                      | 100mL                         | 未定       |          |          |          |          |          |          |
| 05   | 点滴<br>点滴注射<br>15分で<br>グラニセトロン注3mgバック                        | 1袋                            | 未定       |          |          |          |          |          |          |
| 06   | 点滴<br>点滴注射（無菌製剤加算）<br>全開で<br>[H] オンコビン1mg<br>(50)生理食塩液 50mL | 1.3mg /m <sup>2</sup><br>50mL | 未定       |          |          |          |          |          |          |
| 終了   |                                                             |                               |          |          |          |          |          |          |          |

| 適用時確認コメント                                                                                                                                                                 | 確認印 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
|                                                                                                                                                                           | 医師  | 薬剤師 |
| ブレドニゾン、フィルグラスチムは別途、                                                                                                                                                       |     |     |
| 注意コメント<br>PSL（経口又は注射）60mg/m <sup>2</sup> （最大100mg/body） day1-21⇒day22以降は漸減<br>フィルグラスチム 150μg（皮下）または300μg（点滴） day5以降（好中球数≥5000まで）<br>day9の制吐薬を開始時に加ナール 500mgを内服 ★心電図モニター装着 |     |     |