

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. 01-079266

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)】 [36-55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<br>50mL /m <sup>2</sup>   | 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<br>100mL /m <sup>2</sup>   | 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<br>250mL /m <sup>2</sup> | 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<br>3.3mg<br>1管 /Body       | 未定     |        |        |        |        |        |        |
| ----- 続きあり ----- |                                                                                                                                |                                 |        |        |        |        |        |        |        |

適用時確認コメント

プレドニゾン、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. 01-079266

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)】 [36-55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] オンコピン 1mg<br>(50)生理食塩液 50mL                  | 1.3mg /m <sup>2</sup><br>50mL         | 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] オンキヤスパ点滴静注用3750<br>(100)生食注100mL<br>蒸留水20mL | 1000単位 /m <sup>2</sup><br>100mL<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

3 / 4

発行日時 2025年07月02日 16時29分

レジメンNo. 01-079266

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)】[36-55歳]

| RpNo             | 薬剤名/手技/コメント                                                     | 1 回投与量（主単位）                   | day (15) | day (16) | day (17) | day (18) | day (19) | day (20) | day (21) |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                  |                                                                 | 速度指示                          |          |          |          |          |          |          |          |
| 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>1 5 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 1 m g<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

プレドニゾン、フィルグラスチムは別途、

**確認印**

**醫師**

**藥劑師**

### 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 150 μg(皮下)または300 μg(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

★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. 01-079266 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)】 [36-55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 |     |     |