

# マスタ内容確認シート

レジメンNo. 01-078900

クール日数 22日 休薬期間 0日

レジメン名称 **JALSG ALL97**

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)
01	点滴 点滴注射 投与前後に使用 (100)生食注100mL	100mL	未定	未定	未定				
02	点滴 点滴注射 15分で グラニセトロン注3mgバック	1袋	未定	未定	未定				
03	点滴 点滴注射(無菌製剤加算) 1時間で [H]ダウノマイシン20mg (100)生食注100mL	45mg 100mL /m <sup>2</sup>	未定	未定	未定				
06	点滴 点滴注射(無菌製剤加算) 30分で [H]オンコピン1mg (100)生食注100mL	1.3mg 100mL /m <sup>2</sup>	未定						
07	点滴 点滴注射【閉鎖系無菌加算(1)】 3時間で [H]エンドキサン500mg (500)生食500mL	1200mg 500mL /m <sup>2</sup>	未定						
----- 続きあり -----									

適用時確認コメント  
ASP3000IU/m<sup>2</sup>別途オーダー願います

確認印

医師	薬剤師
----	-----

注意コメント  
PSL 60mg/m<sup>2</sup> day1-8  
★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 2021年04月16日 17時10分

レジメンNo. 01-078900

クール日数 22日 休薬期間 0日

レジメン名称 **JALSG ALL97**

RpNo	薬剤名/手技/コメント	1回投与量（主単位） 速度指示	day ( 8 )	day ( 9 )	day (10)	day (11)	day (12)	day (13)	day (14)
04	点滴 点滴注射 投与前後に使用 (100)生食注100mL	100mL	未定						
05	点滴 点滴注射 15分で グラニセトロン注3mgバック	1袋	未定						
06	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） 30分で [H] オンコピン 1mg (100)生食注100mL	1.3mg /m <sup>2</sup> 100mL	未定						
-----続きあり-----									

適用時確認コメント ASP3000IU/m <sup>2</sup> 別途オーダー願います	確認印	
注意コメント PSL 60mg/m <sup>2</sup> day1-8 ★心電図モニター装着	医師	薬剤師

# マスタ内容確認シート

3 / 4

発行日時 2021年04月16日 17時10分

レジメンNo. 01-078900

クール日数 22日 休薬期間 0日

レジメン名称 **JALSG ALL97**

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)
04	点滴 点滴注射 投与前後に使用 (100)生食注100mL	100mL	未定						
05	点滴 点滴注射 15分で グラニセトロン注3mgバック	1袋	未定						
06	点滴 点滴注射(無菌製剤加算) 30分で [H] オンコビン1mg (100)生食注100mL	1.3mg /m <sup>2</sup> 100mL	未定						
-----続きあり-----									

適用時確認コメント  
ASP3000IU/m<sup>2</sup>別途オーダー願います

確認印

医師	薬剤師
----	-----

注意コメント  
PSL 60mg/m<sup>2</sup> day1-8  
★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 2021年04月16日 17時10分

レジメンNo. 01-078900

クール日数 22日 休薬期間 0日

レジメン名称 **JALSG ALL97**

RpNo	薬剤名/手技/コメント	1回投与量(主単位) 速度指示	day (22)	day (23)	day (24)	day (25)	day (26)	day (27)	day (28)
04	点滴 点滴注射 投与前後に使用 (100)生食注100mL	100mL	未定						
05	点滴 点滴注射 15分で グラニセトロン注3mgバック	1袋	未定						
06	点滴 点滴注射(無菌製剤加算) 30分で [H] オンコビン1mg (100)生食注100mL	1.3mg 100mL /m <sup>2</sup>	未定						
----- 終了 -----									

適用時確認コメント  
ASP3000IU/m<sup>2</sup>別途オーダー願います

確認印

医師	薬剤師
----	-----

注意コメント  
PSL 60mg/m<sup>2</sup> day1-8  
★心電図モニター装着

--	--