外来化学療法
投与計画書

腫瘍内科
レチファンリマブ維持療法

29-527B
ジニイズ 500 mg/body

ID :		身長 :	cm
フリガナ :		体重 :	kg
患者氏名 :		体表面積 :	㎡
		クレアチニン :	mg/dL
生年月日 : S・H・R 年 月 日生まれ			
治療計画	外来初回治療日 年 月 日より コース目day 開始	予定コース数 評価コース数	
外来担当医:	PHS	記載医師 :	PHS

薬剤師1次監査	年 月 日
㊞	薬剤師 ㊞ 2次監査

Rp		投与スケジュール:1コース28日間	day1	day8	day15	day22
	0.2～5μmのインラインフィルターを使用する		●	×	×	×
1本目	末梢主管点滴注射 ジニイズ__500__mg 生食 100mL		●	×	×	×
投与時間	30分 (_____年____月____日_____%doseへ減量)					
2本目	末梢主管点滴注射 生食 50mL		●	×	×	×
投与時間	全開					

1. その他連絡事項
薬剤師への指導依頼(治療内容と注意点の説明、有害事象評価等およびそれらの情報提供)
☑ 依頼する ☐ 依頼しない

2026年10月23日作成