光晴会病院化学療法委員会
2018 年 10 月 9 日改訂

パクリタキセル療法

患者番号：　　氏名：　　性別：
生年月日：　　年齢：

部位；　　（　乳腺　胃　）
薬液注入ルート；（　末梢点滴静注　CV ライン　ポート　）
開始年月日；　　年　　月　　日
投与間隔；　　28 日間隔で 1 サイクル
体格；　身長＿＿＿＿cm　　体重＿＿＿kg　　体表面積＿＿＿＿m²
使用薬剤；
① パクリタキセル＿＿＿＿＿mg（　80　mg/m²　）　3 週投与 1 週休薬

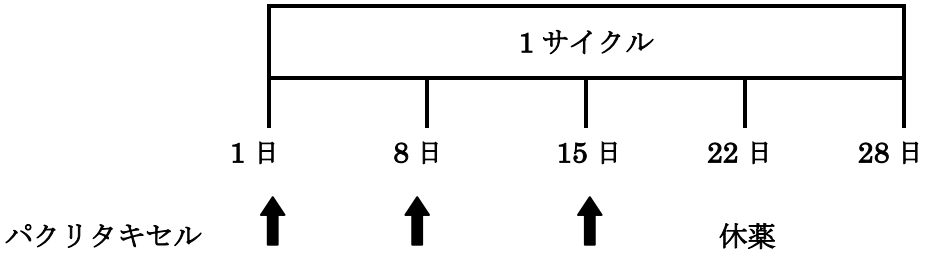
制吐薬グラニセトロンゼリー+デキサート注 6.6mg

パクリタキセルアレルギー予防のデキサメタゾンは、症状がなければ半量ずつ減量が可能です。
（最低量　1.65 mg 1A）

【処方が必要な内服薬】

グラニセトロンゼリー2 mg　1 包　パクリタキセルの 30 分前
レスタミン錠（10）　5 錠　　パクリタキセルの 30 分前

骨髄抑制、アレルギー、消化器症状、肝機能障害に注意
38℃以上の発熱時には投与を延期したほうがよい



□HBs 抗原(+) → 消化器内科紹介
□HBs 抗原(−) → □HBs 抗体(−)and HBc 抗体(−)　□HBV-DNA 定量(−) → 3 ヵ月毎 定量
□HBs 抗体(+)and/or HBc 抗体(+)　□HBV-DNA 定量(+) → 消化器内科紹介

指示医師サイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿