

## がん薬物療法計画指示書（大腸癌）

主治医（指示医） \_\_\_\_\_

指示日 年 月 日

レジメン名称 FOLFIRI-2 療法

【1クールの日数 14日】

1. 治療予定期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日  
・実施クール ( ) クール目

2. 患者情報 診断名 ( 進行・再発大腸癌 )

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg 体表面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

3. 使用薬剤・投与量

薬剤名	用量	実投与量 (mg)	投与方法	輸液
①イリリテカン塩酸塩点滴静注液 (40mg : 100mg)	150mg/m <sup>2</sup>	mg	d. i. v.	5%ブドウ糖 250mL
②レボ・ホリナート点滴静注用 (25mg : 100mg)	200mg/m <sup>2</sup>	mg	d. i. v.	5%ブドウ糖 250mL
③フルオウラシル注 (250mg/5mL : 1000mg/20mL)	400mg/m <sup>2</sup>	mg	d. i. v.	5%ブドウ糖 50mL
④フルオウラシル注 (250mg/5mL : 1000mg/20mL)	2400mg/m <sup>2</sup>	mg	cont. d. i. v.	生食 _____ mL

4. 投与レジメン

投与日	投与時間	薬剤	指示受け確認	実施	Dr. 確認
Day 1 ( / )	15min	グラニセトロン点滴静注液 3mg バッグ + デキサート 6.6mg div.			
	2hr	5%ブドウ糖 250mL + イリリテカン _____ mg	} 並列 div.		
		5%ブドウ糖 250mL + レボ・ホリナート _____ mg			
全開で	5%ブドウ糖 50mL + フルオウラシル注 _____ mg div.				
※入院で実施する場合	輸液ポンプ 使用 3mL/hr で 46hr	フルオウラシル注 _____ mg ( _____ mL) + 生食 _____ mL 合計 138mL ※全量 138mL に調製します。			
※外来で実施する場合	インフューサー ポンプ使用 2.5mL/hr で 46hr	フルオウラシル注 _____ mg ( _____ mL) + 生食 _____ mL 合計 _____ mL			
CBC・生化学検査は投与日の ( 前日・当日朝 )					

※ 入院時または外来時でフルオウラシル注を 46 時間持続静注する場合、上記のレジメンに従ってどちらかを選び入力して下さい。(不要な Rp. は削除して下さい)