

がん薬物療法計画指示書（乳 癌）

主治医（指示医） _____

指示日 年 月 日

レジメン名称 Tri-weekly HER 単剤療法

【1クールの日数 21日】

1. 治療予定期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

・実施クール（ ）クール目・3週1投

2. 患者情報 診断名（HER2 過剰発現が確認された乳癌における術後補助化学療法）

身長 _____ cm 体重 _____ Kg 体表面積 _____ m²

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トラスツズマブ (60mg : 150mg)	初回のみ 8mg/Kg	mg	d. i. v.	生食 250mL
	2回目以降は 6mg/Kg			

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
Day1 (/)	全開で	生食 50mL div. (プライミング)			
	初回 90min 2回目以降は 30min	生食 250mL + トラスツズマブ _____ mg div.			

※トラスツズマブは初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与時間は30分間まで短縮できます。