外来 ・ 入院　　指示日;　　年　　月　　日

NO	5033	レジメン名	MTX筋注(絨毛性疾患)

病棟 患者番号 氏名	癌種	ステージ	PS	クール数	指示医師名

年齢	身長	体重	体表面積	GFR(血清クレアチニン値)
歳	cm	kg	㎡	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】絨毛性疾患　　MTX

1・メソトレキセート　0.4 mg/kg　DAY1～5

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
60～禁30	180～	3.1～禁5.1
WBC基準	HGB基準	PLT基準
–	–	–

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	メソトレキセート(　　)mg	50mg	本	蒸留水　2mL	医師筋注

※通常の注射針にて調整し、23G注射針に付替えてプライミングして払い出す。

※副作用発現時はロイコボリン内服を考慮する。

月日			指示		指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①	DAY1									
			①	DAY2									
			①	DAY3									
			①	DAY4									
			①	DAY5									

次クール予定日【　　】