外来 ・ 入院　　指示日;　　年　　月　　日

NO 1001　レジメン名 ゾレドロン酸【裏面;口腔外科検診用】

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】多発性骨髄腫および固形癌の骨病変

1・ゾレドロン酸

Ccr	推奨量(本)	採取量
＞60	4.0mg(1)	5mL
50-60	3.5mg(0.875)	4.4mL
40-49	3.3mg(0.825)	4.1mL
30-39	3.0mg(0.75)	3.8mL

21～28日(3～4週)1クール

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
左記参照	-	-

顎骨壊死・顎骨骨髄炎に注意！
口腔外科検診が推奨されている！

平成22年6月14日 改訂

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	ゾレドロン酸 点滴静注バック ( )mg 100ml	4mg	本		15分以上で点滴

□投与前は歯科口腔外科にて十分な検査を行なうこと。投与中は月1回程度、歯科口腔外科検診が推奨されている。
□腎機能低下患者;ゾレドロン酸投与前値から 1.0mg/dL以上上昇 ⇒ 投与中止を考慮
□腎機能正常患者;ゾレドロン酸投与前値から 0.5mg/dL以上上昇 ⇒ 投与中止を考慮
□化学療法併用時は最終の生食フラッシュを中止し本薬剤を投与する。

★3.8万円/21～28日1クール　★15分

月日			指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①									
			① □投与量do □変更( )mg									
			① □投与量do □変更( )mg									
			① □投与量do □変更( )mg									
			① □投与量do □変更( )mg									
			① □投与量do □変更( )mg									
			① □投与量do □変更( )mg									
			① □投与量do □変更( )mg									
			① □投与量do □変更( )mg									

次クール予定日【　　】

外来 ・ 入院　　*指示日;　　年　　月　　日*

口腔内チェックシート（担当;口腔外科・外来点滴センター）

チェック項目

月 日	歯科治療	歯肉の状態			顎の状態		歯のぐらつき	特記事項
		痛み	腫れ	感染	しびれ	だるさ		
	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	
	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	
	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	
	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	
	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	
	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	
	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	
	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	
	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	
	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	
	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	

顎骨壊死のリスクファクター		
□悪性腫瘍・化学療法	□口腔の不衛生	□アルコールの多飲、喫煙
□コルチコステロイド治療	□歯科処置の既往	□栄養不良・貧血
□頭部や頚部への放射線治療	□歯肉の疾患や歯科手術（抜歯など	□血液循環不良・血液凝固障害

次クール予定日【　　】