

<b>NO 1017</b>		<b>レジメン名</b>		<b>GEM</b>			
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	m <sup>2</sup>	ml/min (mg/dl)	
【適応がん種】NSCLC. BTC. PK				GEM	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
1・ゲムシタビン 1000 mg/m <sup>2</sup> DAY1. 8. 15					-	-	-
28日(4週)1クール				WBC基準	HGB基準	PLT基準	
				2000	-	70000	
【病状】 1 全て説明している 2 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない 3 未告知である 【治療】 1 抗癌剤による治療・予防と説明 2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明 3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明 4 薬に関しては説明していない 平成20年7月1日 改訂							
NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法		
①	グラニセロン「NK」1mg		1 本	生食50mL	15分で点滴		
②	ゲムシタビン( )mg	1000mg	本	5%ブドウ糖100mL	①グラニセロン終了後～ 必ず30分で点滴		
		200mg	本				
③	生食50mL		1 本		②ゲムシタビン終了後～ 全開で点滴		

クール数( )

★10万円/28日1クール				★45分				200807更新				
月日	指示			指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①～③	DAY1								
			①～③	DAY8								
			①～③	DAY15								
			休み	DAY22								

クール数( ) ※投与量が変更になる場合は新しい指示書に記入してください。

★10万円/28日1クール				★45分				200807更新				
月日	指示			指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①～③	DAY1								
			①～③	DAY8								
			①～③	DAY15								
			休み	DAY22								