# レジメン記入フォーマット

診療科名：外科

申請者名：

レジメン名称：ニボルマブ（240mg/2週毎）〔食道〕

疾患名（癌種）：食道癌（がん化学療法後に増悪した根治切除不能な進行再発食道癌）、食道癌・食道胃接合部癌の術後補助

適用目的（対象）：□術前補助化学療法　■術後補助化学療法　□進行再発　□一次　■二次以降　□三次以降　□放射線併用　□その他（　　）

フォーマットページ数（ 1 / 1 ）

| 通しNo | 薬品名・規格 | 投与量 | 手技 | 点滴時間・速度 | day( 1 ) | day(　) | day(　) | day(　) | day(　) | day(　) | day(　) | day(　) | day(　) | day( 14 ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 生理食塩液 50mL | 1P | 点滴注射 | 10分 | ● | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 生理食塩液 100mL | 1P | 点滴注射 | 30分 | ● | | | | | | | | | |
| | オプジーボ | 240mg/body | | | | | | | | | | | | |
| | フィルター使用 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 生理食塩液 50mL | 1P | 点滴注射 | 10分 | ● | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

上記表にて設定する抗がん剤について

| 通しNo | 薬品名・規格 | 標準値 | 上限値 |
|---|---|---|---|
| 2 | オプジーボ | 240mg/body | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

インターバル日数　（ 14 ）日

レジメン基準日　day( 1 )

総クール数　（　）クール

※術後補助療法の投与期間は12ヶ月間まで

※この表にてオーダリングにレジメン登録しますので、漏れなく記入して下さい。

【投与基準】※特に注意を要する副作用

間質性肺疾患，内分泌障害，大腸炎，免疫性血小板減少性紫斑病，1型糖尿病，重症筋無力症，心筋炎，筋炎，横紋筋無力症，肝機能障害，腎障害，脳炎，重度の皮膚障害，静脈血栓塞栓症，Infusion reactionなど

定期的に上記の検査 CK・KL-6・甲状腺機能・副腎機能等を測定する

| | |
|---|---|
| レジメン登録コード | 外94 |
| レジメン審査部会承認日 | 2020.2.27 |
| 変更承認日 | 2023.2.10 |

2008年7月第1版
都城病院