

がん化学療法治療計画書

ID		療法名	オプジーボ480mg/4week	
患者名		対象病名		
生年月日	年 月 日	診療科	科	
身長	cm	主治医	Dr	
体重	kg	初回投与予定日	年 月 日	
体表面積	m ²			

【投与スケジュール】

使用薬剤・投与量・投与方法

day 1

① オプジーボ 480mg

生食100mL

60分

(インラインフィルター使用)

② 生食50mL

5分

【1クール】

28日間

() クール実施予定

【備考】

同意書確認

印

受付日

印