

# 抗がん剤プロトコール<HER単独/乳がん>

年 月 日

診療科・主治医 \_\_\_\_\_

入院・外来 患者ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

病名 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体表面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> HBs抗原 一・十 HER2 一・十

血清CRE \_\_\_\_\_ mg/dl CLcr \_\_\_\_\_ ml/min

投与開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日  
1クール 21日 予定クール数 \_\_\_\_\_ まで

Day1 年 月 日 曜日 投与スケジュール( クール目)

メインルート

[ : ]

①初回  
生理食塩液250ml  
ハーセプチン(8mg/kg) \_\_\_\_\_ mg  
(ハーセプチン150mg V; 60mg V)  
(全量 ml) 90分かけて

2回目以降  
生理食塩液250ml  
ハーセプチン(6mg/kg) \_\_\_\_\_ mg  
(ハーセプチン150mg V; 60mg V)  
(全量 ml) 30分かけて

サイン  
( )

[ : ]

②生理食塩液50ml  
15分かけて

サイン  
( )

【太枠内ケモセーフロック使用】

確認薬剤師

<訂正箇所は赤字でお願いします。>  
<下線部のみ記入して下さい。>