

VIP 療法 コース目 (21 日スケジュール)

名前：	様	歳	性別：	男	女
ID：	生年月日：大正 昭和 平成			年	月 日
身長：	cm、	体重	kg、	体表面積：	m ²

薬品 1：イフォスファミド (商品名：イフォマイド)

剤型：1g/瓶

用法：1日1回、2時間で点滴静注。

投与方法：生理食塩水 250ml で溶解。

(投与量：1200mg× m2= mg)

投与量 mg

薬品 2：エトボシド (商品名：ラステット)

剤型：100mg/瓶

用法：1日1回、30分で点滴静注。

投与方法：生理食塩水 100ml で溶解。

(投与量：100mg× m2 = mg)

投与量 mg

薬品 3：シスプラチン (商品名：プリプラチン、ランダ)

剤型：10mg/瓶、50mg/瓶 (プリプラチン)、25mg/瓶 (ランダ)

用法：1日1回、3時間で点滴静注。

投与方法：生理食塩水 500ml で溶解。

(投与量：20mg× m2 = mg)

投与量 mg

投与日	day1	day2	day3	day4	day5
	/	/	/	/	/
イフォスファミド (商品名：イフォマイド)	mg	mg	mg	mg	mg
エトボシド (商品名：ラステット)	mg	mg	mg	mg	mg
シスプラチン (商品名：プリプラチン)	mg	mg	mg	mg	mg

プロトコールとの整合性および指示書との整合性

承認日 年 月 日 印