患者ID：　　プロトコール名：5FU＋I-LV　　投与歴：　初回　・　継続

患者氏名：　　投与開始日：平成　年　月　日　　前回投与日：平成　年　月　日

生年月日：

身長：　cm　　体重：　kg

体表面積：　㎡

確認印	プロトコール	書記	薬局 確認印	看護師 確認印	医師 確認印

メインボトル	薬剤名	1回量	規格・計量	回数→ 投与速度	日	日	日	日	日	日	日	日
① ポート開通確認用 生理食塩液10mlシリンジ：1本												
② 5%ブドウ糖100ml	ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝｼﾘﾝｼﾞ 3mg/3ml	3 mg	3mgｼﾘﾝｼﾞ：1本	30分								
	ﾌﾟﾘﾝﾍﾟﾗﾝ	10 mg	10mgｱﾝﾌﾟﾙ：1A									
③ 5%ブドウ糖100ml	ﾚﾎﾞﾎﾘﾅｰﾄ (250mg/㎡)	mg	25mgﾊﾞｲｱﾙ：(　　) 50.mgﾊﾞｲｱﾙ：(　　) 100mgﾊﾞｲｱﾙ：(　　)	30分								
④ 5%ブドウ糖100ml	5FU (500mg/㎡)	mg	250mgｱﾝﾌﾟﾙ：(　　)	30分								

【処方（院内処置算定）】	下記該当欄にチェック							
・自己抜針用生理食塩液10mlシリンジ：1本								
・ｲﾒﾝﾄﾞｶﾌﾟｾﾙ125mg：1ｶﾌﾟｾﾙ（②開始と同時に服用）								
・								
・								

【院外処方（化学療法のﾚｼﾞﾒﾝとして含む薬剤）】	下記該当欄にチェック							
・ｲﾒﾝﾄﾞｶﾌﾟｾﾙ80mg：1-0-0（Day②③朝食後）								
・ﾃﾞｶﾄﾞﾛﾝ錠0.5mg：6-2-0（Day②③）（※ｲﾒﾝﾄﾞ服用時は1/2量で）								
・								
・								

【自宅での副作用対応】	下記該当欄にチェック							
・（発熱時）：								
・（嘔気時）：								
・								
・								
・								
・								

＜備考＞

【適応基準】
1. 大腸がん（切除不能・進行再発、術後補助療法）
2. PS 0～2
3. 以下の骨髄・肝・腎機能を有する症例
   白血球数：3,000～12,000/㎜ 、ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ：9.0以上、血小板数：100,000/㎜ 以上、
   総ビリルビン：2.0mg/dL以下、AST/ALT：100U/L以下、
   クレアチニンクリアランス：60ml/min以上

【適応基準（高齢者の場合）】
1. 75歳以上は個別に検討
2. 前治療の多い3rd lineは施行しない
3. 70～74歳：症例ごとに検討
4. 前治療での副作用が許容されている（参考にする）
5. PS 0
6. 前治療の減量、治療延期が許容内

標準スケジュール		Day 1	・	8	・	15	・	22	・	29	・	36	・	43	・	50	・	56	Day 1	・	・
前投薬		↑		↑		↑		↑		↑		↑									
5FU	500mg/㎡	↑		↑		↑		↑		↑		↑									
レボホリナート	250mg/㎡																				

★投与基準不適合項目にチェック

【投与基準】	日	日	日	日	日	日	日	日
※白血球数：クール開始前（3000/1500以上）								
同一クール内（2000/1000以上）								
血小板数：75,000/mm3以上								
総ビリルビン：5.0mg/dL未満（5FU）								
※AST/ALT：100U/L以下								
間質性肺炎または肺線維症を認めない								
多量の腹水、胸水を認めない								
感染を疑わせる38℃以上の発熱がない								
非血液毒性（食欲低下を除く）がGrade2以下								

＜備考＞

※上記基準すべてを満たすまで投与延期

【減量基準】

白血球減少（好中球）	クール開始時	グレード2	3000～2000	回復するまで投与延期 ※グレード4：20%減量
			（1500～1000）	
	同一クール内	グレード3	1900～1000	
			（990～500）	
血小板		グレード3	50000未満	20%減量
その他の非血液学的項目		グレード3以上		20%減量

確認印	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査

確認印	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査