プロトコール名：Pom-D
Pomalidomide+DEX

患者ID：　　投与歴：　初回　・　継続

患者氏名：　　投与開始日：　年　月　日　　前回投与日：　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										