

診療グループ名  
レジメンセット名称

大腸がん  
12 mFOLFOX6

持続静注+I5.I32

インターバル日数 (14)日  
レジメン基準日 day(1)

通しNo	癌	薬品名・規格	投与量	手技	投与ルート	点滴時間・速度	day(1)	day(2)	day(3)	day(4-14)
		大塚生食注	100 mL		ラインキープ用		●			休業
No.1		大塚生食注	100 mL	点滴静注	メイン①	30min	●			
		グラニセトロン静注液3mg	3 mg		開始時No.6アプレピタント服用		●			
		デキサート注射液	3.3 mg		●					
		ボラミン注5mg	5 mg		●					
No.2		大塚糖液5%	500 mL	点滴静注	メイン②	120min	●			
		レボホリナート点滴静注用	200 mg/m2		●					
No.3		大塚糖液5%	250 mL	点滴静注	側管①	120min	●			
	◆	オキサリプラチン点滴静注液	85 mg/m2		メイン②と同時に		●			
		*全量250mLとなるように調製								
No.4		大塚生食注	50 mL	静注	メイン③	全開	●			
	◆	フルオロウラシル注	400 mg/m2		メイン②終了後		●			
No.5		ソルデム3A輸液	500 mL	持続静注	メイン④	46hr 13mL/hr(*)	●			
		ヘパリンNa注5千単位/5mL	5 mL		メイン③終了後		●			
	◆	フルオロウラシル注	2400 mg/m2		●					
		*全量500mLとなるように調製								
No.6		アプレピタントカプセル125mg内服	125 mg	内服	メイン①開始時服用		●			
No.7		アプレピタントカプセル80mg内服	80 mg	内服	朝食後			●	●	
No.8		デカドロン錠4mg内服	4 mg	内服	朝食後			●	●	

上記表にて設定する抗がん剤について

通しNo	薬品名・規格	標準値	上限値
No.2	レボホリナート点滴静注用	200 mg/m2	
No.3	◆ オキサリプラチン点滴静注液	85 mg/m2	
No.4	◆ フルオロウラシル注	400 mg/m2	
No.5	◆ フルオロウラシル注	2400 mg/m2	

\* 投与速度は理論上11mL/hrとなるが、実際は13mL/hrにて46時間投与となることが検証されたため  
投与可能条件(初回)

検査値	基準
好中球	1.5 × 10 <sup>3</sup> /L以上
血小板	100 × 10 <sup>3</sup> /L以上

減量基準

検査値	基準

診療グループ名  
レジメンセット名称

大腸がん  
12 mFOLFOX6 【インフューザー】

投与規定

インターバル日数 (14)日  
レジメン基準日 day(1)

通しNo	癌	薬品名・規格	投与量	手技	投与ルート	点滴時間・速度	器具	day(1)	day(2)	day(3)	day(4-14)
		大塚生食注	100 mL		ラインキープ用			●			休業
No.1		大塚生食注	100 mL	点滴静注	メイン①	30min		●			
		グラニセロン静注液3mg	3 mg		開始時No.6アプレピタント服用			●			
		デキサート注射液	3.3 mg					●			
		ボラミン注5mg	5 mg					●			
No.2		大塚糖液5%	500 mL	点滴静注	メイン②	120min		●			
		レボホリナート点滴静注用	200 mg/m2					●			
No.3		大塚糖液5%	250 mL	点滴静注	側管①	120min		●			
	◆	オキサリプラチン点滴静注液	85 mg/m2		メイン②と同時に			●			
		*全量250mLとなるように調製									
No.4		大塚生食注	50 mL	静注	メイン③	全開		●			
	◆	フルオロウラシル注	400 mg/m2		メイン②終了後			●			
No.5		ヘパリンNa注5千単位/5mL	5 mL	持続静注	メイン④	46hr		●			
	◆	フルオロウラシル注	2400 mg/m2		メイン③終了後			●			
		大塚生食注	ad.100 mL				バクスターインフューザー-SV	●			
No.6		アプレピタントカプセル125mg内服	125 mg	内服	メイン①開始時服用			●			
No.7		アプレピタントカプセル80mg内服	80 mg	内服	朝食後				●	●	
No.8		デカドロン錠4mg内服	4 mg	内服	朝食後				●	●	

上記表にて設定する抗がん剤について

通しNo	薬品名・規格	標準値	上限値
No.2	レボホリナート点滴静注用	200 mg/m2	
No.3	◆ オキサリプラチン点滴静注液	85 mg/m2	
No.4	◆ フルオロウラシル注	400 mg/m2	
No.5	◆ フルオロウラシル注	2400 mg/m2	

投与可能条件(初回)

検査値	基準
好中球	1.5 × 10 <sup>3</sup> /L以上
血小板	100 × 10 <sup>3</sup> /L以上

減量基準

検査値	基準