

## がん化学療法レジメン登録票

新規レジメン登録の際にはプロトコルの提出が必須です  
プロトコルがない場合は参考文献を提出してください

レジメン名	クリサントスパーゼ(ALL)
診療科名	血液腫瘍内科
診療科責任者名	末永 孝正
適応がん種	ALL
保険適応外の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
入院外来区分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	ALL-70
登録日・更新日	2026年2月24日
削除日	
出典	アーウィナーゼ筋注用10000 添付文書・適正使用ガイド
入力者	若宮 奈央

投与順に記入(抗がん剤のみ)

	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名)	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
	希釈液					
No.1	クリサントスパーゼ (アーウィナーゼ筋注用)	10000単位	25,000単位/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(筋注)	-	day1,3,5
	生理食塩液	20mL				

1コースの期間	7日
投与間隔の短縮規定	<input type="checkbox"/> 短縮可能(日)・ <input checked="" type="checkbox"/> 短縮不可能
計算後の投与量上限値	110%
計算後の投与量下限値	50%

減量・中止基準	-
催吐性リスク	該当なし
前投薬	-
支持療法(その他)	-
その他の注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・L-アスパラギナーゼ製剤の投与に起因するアレルギー反応の既往がある患者に使用すること。</li> <li>・凝固異常があらわれることがあるので、本剤投与中は定期的にフィブリノゲン、プロトロンビン時間、AT-Ⅲ、APTTを含む検査を行うこと。</li> <li>・1Vあたり生理食塩液1mLで溶解する</li> </ul>