

mFOLFOX6

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 001

適応疾患		大腸がん		投与スケジュール													
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	レボホリナート 5%Glu 250mL	200mg/m2	DIV 2hr	↓													
2	オキサリプラチン 5%Glu 250mL	85mg/m2	DIV 2hr	↓													
3	フルオロウラシル 5%Glu 100mL	400mg/m2	DIV 全開	↓													
4	フルオロウラシル 生食 1000mL	2400mg/m2	DIV 46hr	→	→												
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																	
[条件等]				1. Rp2は側管からRp1と同時に 2. Rp3は側管からRp2終了後、全開 3. オキサリプラチンはNS禁 4. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意													

FOLFIRI

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 002

適応疾患		大腸がん		投与スケジュール													
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	レボホリナート 5%Glu 250mL	200mg/m2	DIV 2hr	↓													
2	イリノテカン 5%Glu 250mL	150mg/m2	DIV 2hr	↓													
3	フルオロウラシル 5%Glu 100mL	400mg/m2	DIV 全開	↓													
4	フルオロウラシル 生食 1000mL	2400mg/m2	DIV 46hr	→	→												
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																	
[条件等]				1. Rp2は側管からRp1と同時に 2. Rp3は側管からRp2終了後、全開 3. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意													

sLV5FU2

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 004

適応疾患		大腸がん		申請	消外	投与スケジュール													
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	レボホリナート 5%Glu 250mL	200mg/m2	DIV 2hr			↓													
2	フルオロウラシル 5%Glu 100mL	400mg/m2	DIV 全開			↓													
3	フルオロウラシル 生食 1000mL	2400mg/m2	DIV 46hr			→	→												
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																			
[条件等]						1. Rp2はRp1終了後全開 2. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意													

mFOLFOX6+BV(5)

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 005

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	アバスチン 生食	5mg/kg	DIV 100mL	※	↓															
2	レボホリナート 5%Glu	200mg/m ²	DIV 250mL	2hr	↓															
3	オキサリプラチン 5%Glu	85mg/m ²	DIV 250mL	2hr	↓															
4	フルオロウラシル 5%Glu	400mg/m ²	DIV 100mL	全開	↓															
5	フルオロウラシル 生食	2400mg/m ²	DIV 1000mL	46hr	→	→														
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等] 1. アバスチン投与時間: 初回(90分), 2回目(60分), 3回目以降(30分) 3. アバスチンGlu不可・急速静注不可 2. Rp2と3は同時投与、Rp4は3終了後全開 4. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意																				

FOLFIRI+BV(5)

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 006

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
1	アバスチン 生食	5mg/kg	DIV 100mL	※	↓															
2	レボホリナート 5%Glu	200mg/m ²	DIV 250mL	2hr	↓															
3	イリノテカン 5%Glu	150mg/m ²	DIV 250mL	2hr	↓															
4	フルオロウラシル 5%Glu	400mg/m ²	DIV 100mL	全開	↓															
5	フルオロウラシル 生食	2400mg/m ²	DIV 1000mL	46hr	→	→														
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等] 1. アバスチン投与時間: 初回(90分), 2回目(60分), 3回目以降(30分) 3. アバスチンGlu不可・急速静注不可 2. Rp2と3は同時投与、Rp4は3終了後全開 4. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意																				

sLV5FU2+BV(5)

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 007

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
1	アバスチン 生食	5mg/kg	DIV 100mL	※	↓															
2	レボホリナート 5%Glu	200mg/m ²	DIV 250mL	2hr	↓															
3	フルオロウラシル 5%Glu	400mg/m ²	DIV 100mL	全開	↓															
4	フルオロウラシル 生食	2400mg/m ²	DIV 1000mL	46hr	→	→														
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等] 1. アバスチン投与時間: 初回(90分), 2回目(60分), 3回目以降(30分) 2. Rp3はRp1終了後全開																				

CAPIRI/q3W

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 008

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	イリノテカン 生食	200mg/m ² 250mL	DIV	2hr	↓															
2	カペシタビン錠	1600-1800mg/m ²	PO	分2	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. day1,15のカペシタビンは半量を1日1回																

UFT+LV

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 009

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	~	28	
1	UFT	300mg~600mg	PO	分3	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
2	ユーゼル錠	75mg	PO	分3	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 28日間投与7日間休薬。食事前1時間避けて経口投与。ユーゼルはOFTと同時に経口投与。 術後補助化学療法は5コースまで(6カ月間)。進行再発の場合は、PDまで																

CAPOX

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 010

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	オキサリプラチン 5%Glu	130mg/m ² 250mL	DIV	2hr	↓															
2	カペシタビン錠	2000mg/m ²	PO	分2	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 2nd lineはイリノテカンベースレジメンに限る 術後補助化学療法は8コースまで(6カ月間)、進行再発の場合はPDまで																

S-1 alone

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 011

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	28
1	S-1 (エスワンタイホウ配合OD錠)	80-120mg/day	PO	分2	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. S-1: 4週間投与・2週間休薬 2. 術後補助化学療法は4コースまで(6カ月間)、進行再発の場合はPDまで																

Capecitabine(adjuvant : B法)

[]

入院・外来

承認番号			CRC - 012																						
適応疾患	大腸がん		申請	消外			投与スケジュール																		
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21					
1	カペシタピン錠	3000~4800mg/日	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓					
				分2																					
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																									
[条件等]				1. 14日間内服7日間休薬。8コース(6カ月間)																					

mFOLFOX6+Pmab

[]

入院・外来

承認番号			CRC - 013																						
適応疾患	KRAS野生型大腸がん		申請	消外			投与スケジュール																		
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21					
1	バクティビックス 生食	6mg/kg 100mL	DIV 1hr	↓																					
2	レボホリナート 5%Glu	200mg/m2 250mL	DIV 2hr	↓																					
3	オキサリプラチン 5%Glu	85mg/m2 250mL	DIV 2hr	↓																					
4	フルオロウラシル 5%Glu	400mg/m2 100mL	DIV 全開	↓																					
5	フルオロウラシル 生食	2400mg/m2 1000mL	DIV 46hr	→	→																				
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																									
[条件等]				1. 〆〆化〆 ッ〆1回投与量1000mgを超える場合は、生食で希釈し150mL以上とし、90分以上かけて点滴 2. Rp2と3は同時投与、Rp4は3終了後全開 3. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意 4. 〆〆化〆 ッ〆保存剤を含有しないため6時間以内に投与																					

FOLFIRI+Pmab

[]

入院・外来

承認番号			CRC - 014																						
適応疾患	KRAS野生型大腸がん		申請	消外			投与スケジュール																		
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21					
1	バクティビックス 生食	6mg/kg 100mL	DIV 1hr	↓																					
2	レボホリナート 5%Glu	200mg/m2 250mL	DIV 2hr	↓																					
3	イリノテカン 5%Glu	150mg/m2 250mL	DIV 2hr	↓																					
4	フルオロウラシル 5%Glu	400mg/m2 100mL	DIV 全開	↓																					
5	フルオロウラシル 生食	2400mg/m2 1000mL	DIV 46hr	→	→																				
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																									
[条件等]				1. 〆〆化〆 ッ〆1回投与量1000mgを超える場合は、生食で希釈し150mL以上とし、90分以上かけて点滴 2. Rp2と3は同時投与、Rp4は3終了後全開 3. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意 4. 〆〆化〆 ッ〆保存剤を含有しないため6時間以内に投与																					

Bmab+mFOLFOXIRI 【Induction】 [] 入院・外来

承認番号 CRC - 015

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	アバスチン 生食 5mg/kg 100mL	DIV 90min-60min-30min		↓																
2	イリノテカン 5%Glu 150mg/m2 250mL	DIV 1hr		↓																
3	レボホリナート 5%Glu 200mg/m2 250mL	DIV 2hr		↓																
4	オキサリプラチン 5%Glu 85mg/m2 250mL	DIV 2hr		↓																
5	フルオロウラシル 生食 2400mg/m2 1000mL	DIV 46hr		→	→															

■ 1st line 2nd line 3rd line以降 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) その他:

[条件等] 1. Rp4 (レボホリ) と5 (オキサリプラチン) は同時投2. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意
3. イメンド、デカドロン経口投与

Bmab+mFOLFOXIRI 【Maintainance】 [] 入院・外来

承認番号 CRC - 015

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	アバスチン 生食 5mg/kg 100mL	DIV 90min-60min-30min		↓																
2	レボホリナート 5%Glu 200mg/m2 250mL	DIV 2hr		↓																
3	フルオロウラシル 生食 2400mg/m2 1000mL	DIV 46hr		→	→															

■ 1st line 2nd line 3rd line以降 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) その他:

[条件等] 1. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意

mFOLFOXIRI 【Induction】 [] 入院・外来

承認番号 CRC - 016

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	イリノテカン 5%Glu 150mg/m2 250mL	DIV 1hr		↓																
2	レボホリナート 5%Glu 200mg/m2 250mL	DIV 2hr		↓																
3	オキサリプラチン 5%Glu 85mg/m2 250mL	DIV 2hr		↓																
4	フルオロウラシル 生食 2400mg/m2 1000mL	DIV 46hr		→	→															

■ 1st line 2nd line 3rd line以降 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) その他:

[条件等] 1. Rp3 (レボホリ) と4 (オキサリプラチン) は同時投2. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意
3. イメンド、デカドロン経口投与

mFOLFOXIRI 【Maintainance】 [] 入院・外来

承認番号 CRC - 016

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	レボホリナート 5%Glu 200mg/m2 250mL	DIV 2hr		↓																
2	フルオロウラシル 生食 2400mg/m2 1000mL	DIV 46hr		→	→															

■ 1st line 2nd line 3rd line以降 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) その他:

[条件等] 1. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意

RAM(8)+FOLFIRI/q2W

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 017

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール													
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 サイラムザ	8mg/kg	DIV		↓													
生食	250mL	1hr															
2 レボホリナート	200mg/m ²	DIV		↓													
5%Glu	250mL	2hr															
3 イリノテカン	150mg/m ²	DIV		↓													
5%Glu	250mL	2hr															
4 フルオロウラシル	400mg/m ²	DIV		↓													
5%Glu	100mL	全開															
5 フルオロウラシル	2400mg/m ²	DIV		→	→												
生食	1000mL	46hr															

1st line 2nd line 3rd line以降
 術後補助化学療法 (Adjuvant療法)
 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法)
 その他:

[条件等] 1. RAM投与時は蛋白質透過型フィルター (0.2又は0.22μm) を使用
 2. Rp2と3は同時投与、Rp4は3終了後全開
 3. TS-1等の薬剤との投与間隔に注意
 4. PDまたは認容できない有害事象発現まで
 5. 初回投与で忍容性が認められれば、2回目以降、サイラムザの投与時間を最大30分まで短縮可能

ロンサーフ alone

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 018

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	28	
1 ロンサーフ	下表参照	PO		↓	↓	↓	↓	↓				↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓			
		分2																			

1st line 2nd line 3rd line以降
 術後補助化学療法 (Adjuvant療法)
 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法)
 その他:

[条件等] 1. 投与量は体表面積あたりの初期基準量に準ずる (詳細は下表)。
 2. 1日2回朝夕食後。5日間投与2日間休薬を2回繰り返したのち14日間休薬する。
 3. 空腹時投与は避けること。
 4. 前コース (休薬期間を含む) 中に、「減量基準」に該当する有害事象が発現した場合には、本剤の投与再開時において、コース単位で1日単位量として10mg/日単位で減量する。ただし、最低投与量は30mg/日までとする。

ロンサーフ初期基準量

体表面積 (m ²)	初期基準量
1. 07未満	35mg/回 (70mg/日)
1. 07以上~1. 23未満	40mg/回 (80mg/日)
1. 23以上~1. 38未満	45mg/回 (90mg/日)
1. 38以上~1. 53未満	50mg/回 (100mg/日)
1. 53以上~1. 69未満	55mg/回 (110mg/日)
1. 69以上~1. 84未満	60mg/回 (120mg/日)
1. 84以上~1. 99未満	65mg/回 (130mg/日)
1. 99以上~2. 15未満	70mg/回 (140mg/日)

CAPOX+BV (7.5)

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 019

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																		
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21		
1 アバスチン	7.5mg/kg	DIV		↓																		
生食	100mL	90min~60min~30min																				
2 オキサリプラチン	130mg/m ²	DIV		↓																		
5%Glu	250mL	2hr																				
3 カペシタピン錠	2000mg/m ²	PO		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓				
		分2																				

1st line 2nd line 3rd line以降
 術後補助化学療法 (Adjuvant療法)
 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法)
 その他:

[条件等] 1. G2以上の末梢神経障害では、オキサリプラチンをG1以下に軽快するまで休薬
 2. オキサリプラチン投与困難の場合、アバスチンとカペシタピンの併用投与可

CAPIRI+Bev/q3W

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 020

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	アバスタチン 生食 7.5mg/kg 100mL	DIV 90min-60min-30min		↓																
2	イリノテカン 5%Glu 200mg/m2 250mL	DIV 90min		↓																
3	カベシタピン錠 E法に従う	PO 分2		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等]				1. アバスタチン投与時間: 初回(90分), 2回目(60分), 3回目以降(30分) 2. カベシタピンはday1はタのみ, day15は朝のみの投与。																

SOX/q3W

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 021

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	S-1 (エスワンタイホウ配合OD錠)	80-120mg/day PO 分2		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
2	オキサリプラチン 5%Glu 100mg/m2 250mL	DIV 2hr		↓																
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等]				1. S-1: 2週間投与・1週間休薬 2. G2以上の末梢神経障害では、オキサリプラチンをG1以下に軽快するまで休薬																

SOX+Bev/q3W

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 022

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	S-1 (エスワンタイホウ配合OD錠)	80-120mg/day PO 分2		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
2	オキサリプラチン 5%Glu 100mg/m2 250mL	DIV 2hr		↓																
3	アバスタチン 生食 7.5mg/kg 100mL	DIV 90min-60min-30min		↓																
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等]				1. アバスタチン投与時間: 初回(90分), 2回目(60分), 3回目以降(30分) 2. S-1: 2週間投与・1週間休薬																

SIR/q3W

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 023

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	S-1 (エスワンタイホウ配合OD錠)	80-120mg/day PO 分2		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
2	イリノテカン 5%Glu 150mg/m2 250mL	DIV 90min		↓																
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等]				1. S-1: 2週間投与・1週間休薬																

SIRB/q3W

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 024

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	S-1 (エスワンタイホウ配合OD錠)	80-120mg/day	PO	分2	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
2	イリノテカン 5%Glu	150mg/m ² 250mL	DIV	90min	↓															
3	アバスチン 生食	7.5mg/kg 100mL	DIV	90min-60min-30min	↓															
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. アバスチン投与時間: 初回(90分), 2回目(60分), 3回目以降(30分) 2. S-1: 2週間投与・1週間休薬																

スチバーガ(160)

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 025

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	~	21	22	~	28
1	スチバーガ	160mg/day	PO	分1	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓			
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 3週間投与・1週間休薬 (1コース 4週間) 2. 食後に服用する																

ロンサーフ+Bev療法

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 026

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	28
1	ロンサーフ	下表参照	PO	分2	↓	↓	↓	↓	↓			↓	↓	↓	↓	↓	↓			
3	ペバシズマブ 生食	5mg/kg 100mL	DIV	90min-60min-30min	↓													↓		
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 投与量は体表面積あたりの初期基準量に準ずる (詳細は下表)。 2. 1日2回朝夕食後。5日間投与で2日間休薬を2回繰り返したのち14日間休薬する。 3. 空腹時投与は避けること。 4. 前コース (休薬期間を含む) 中に、「減量基準」に該当する有害事象が発現した場合には、本剤の投与再開時において、コース単位で1日単位量として10mg/日単位で減量する。ただし、最低投与量は30mg/日までとする。																

ロンサーフ初期基準量

体表面積 (m ²)	初期基準量
1. 07未満	35mg/回 (70mg/日)
1. 07以上~1. 23未満	40mg/回 (80mg/日)
1. 23以上~1. 38未満	45mg/回 (90mg/日)
1. 38以上~1. 53未満	50mg/回 (100mg/日)
1. 53以上~1. 69未満	55mg/回 (110mg/日)
1. 69以上~1. 84未満	60mg/回 (120mg/日)
1. 84以上~1. 99未満	65mg/回 (130mg/日)
1. 99以上~2. 15未満	70mg/回 (140mg/日)

Capecitabine(D法)

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 027

適応疾患	直腸癌補助化学療法放射線併用申請	消外	投与スケジュール																	
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	~	~	29	~	33	
1	カペシタビン錠	1800mg~3000mg	PO	↓	↓	↓	↓	↓			↓	↓	↓	↓	↓			↓	↓	↓
		分2																		
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input checked="" type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等]			1. 1.31ml未満: 1800mg/日, 1.31-1.64ml未満: 2400mg/日, 1.64ml以上: 3000mg/日 2. 5日以内内服2日休薬 繰り返し																	

IRI+Pmab

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 028

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				
1	バクティビックス 生食	6mg/kg 100mL	DIV 1hr	↓																
2	イリノテカン 5%Glu	150mg/m2 250mL	DIV 90min	↓																
<input type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等]			1. バクティビックス1回投与量1000mgを超える場合は、生食で希釈し150mLとし、90分以上かけて点滴 2. バクティビックス保存剤を含有しないため6時間以内に投与																	

Panitumumab療法

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 029

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				
1	バクティビックス 生食	6mg/kg 100mL	DIV 1hr	↓																
<input type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等]			1. バクティビックス1回投与量1000mgを超える場合は、生食で希釈し150mLとし、90分以上かけて点滴 2. バクティビックス保存剤を含有しないため6時間以内に投与																	

ビラフトビ+メクトビ+ア-ビタックス療法

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 030

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間	1	2	3	4	5	6	7											
1	アービタックス 生食	条件等1参照 250mL	DIV 条件等1参照	↓																
2	ビラフトビ	300mg/day	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓										
3	メクトビ	90mg/day	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓										
<input type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等]			1. アービタックスは初回のみ400mg/m ² 120minで投与、2回目以降は250mg/m ² 60minで投与																	

ビラフトビ+ア-ビタックス療法

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 031

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間	1	2	3	4	5	6	7											
1	アービタックス 生食	条件等1参照 250mL	DIV 条件等1参照	↓																
2	ビラフトビ	300mg/day	PO	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓										
<input type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																				
[条件等]			1. アービタックスは初回のみ400mg/m ² 120minで投与、2回目以降は250mg/m ² 60minで投与																	

フリュザクラ

[]

入院・外来

承認番号 CRC - 032

適応疾患	大腸がん	申請	消外	投与スケジュール																							
抗がん剤/輸液		投与量	投与方法/時間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	~	21	22	~	28							
1	フリュザクラ	5mg/day	PO 分1	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓											
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																											
[条件等]				1. 3週間投与・1週間休薬 (1コース 4週間)																							