

**GEM単独****4週毎**

薬品名	投与量	手技	点滴時間
-----	-----	----	------

Day 1, 8, 15

生理食塩液 デキサメタゾン	50 mL 6.6 mg	d.i.v.	15分
------------------	-----------------	--------	-----

生理食塩液 ゲムシタビン	100 mL 1000 mg/m <sup>2</sup>	d.i.v.	200 mL/h
-----------------	----------------------------------	--------	----------

生理食塩液	50 mL	d.i.v.	フラッシュ用
-------	-------	--------	--------