

正誤表

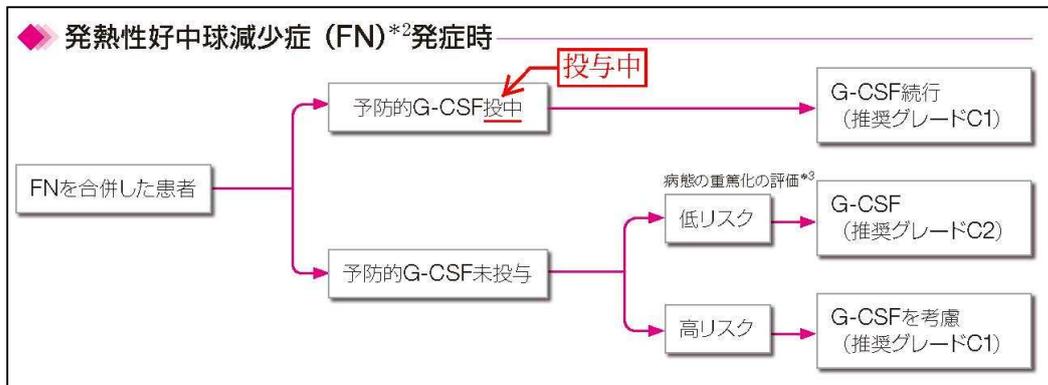
『G-CSF 適正使用ガイドライン 2013 年版 Ver.2』（第 1 刷：2015 年 7 月 15 日発行，第 2 刷：2015 年 8 月 20 日発行，第 3 刷：2016 年 6 月 30 日発行）に誤りがありました。下記のとおり訂正し，お詫び申し上げます。

2017年2月2日

金原出版株式会社

記

7 ページ アルゴリズム G-CSF 治療的投与：



44 ページ 8. 投与量・投与方法（保険診療）表 1 下部：

			400µg/m ² を1日1回，または， ノイトロジン 5µg/kg，または，ノイアップ 2µg/kg 1日1 回静脈内投与（点滴静注を含む）する。	
	骨髄異形成症 候群に伴う好 中球減少症	成人骨髄異形成 症候群	ANC<1,000/µL のとき，グラン 400µg/m ² 1日1回， または，ノイトロジン 5µg/kg 1日1回静脈内投与（点滴 静注を含む）する。	ただし，ANC≥5,000/µL に増加した場合は，症状 を観察しながら減量，あ るいは投与を中止する。な お，状態に応じて適宜増 減する。

好中球の絶対数 (absolute neutrophil count: ANC)，白血球数 (white blood cell count: WBC)，同種 (allogenic: allo)，自家 (autologous: auto)，末梢血幹細胞 (peripheral blood stem cell: PBSC)

以上