ティーエスワン（エスワン）を当薬局で初めて受け取られる方へ

くすりを安全にご使用いただくためのアンケートとなっています。
可能な範囲でご記入をお願いします。
病院からの治療の説明文書や検査値をお持ちでしたら、情報提供にご協力ください。

記載日：　　年　　月　　日

お名前　　身長：　　体重：　　kg

記入者　①　ご本人　　②その他（お名前：関係）

1. 今回の治療部位に〇をつけてください。

① 乳腺　② 胃　③ 膵臓、胆道

④ 肺　⑤ 大腸　⑥ 喉、鼻、口腔、顔面

⑦ その他（　　）

2. 治療部位の手術歴がありますか？

① はい　（　　年　　月頃）　② いいえ

3. 点滴の治療の併用はありますか？

① はい　② いいえ

4. 放射線の治療の併用はありますか？

① はい　（治療部位：　　）　② いいえ

5. 今回処方された薬を内服する期間と、休む期間について説明を受けていますか？

① いいえ

② はい　（　　週内服後、　　週間休み）

6. その他に、ご質問などがあればご記入ください。

2018.7 群馬中毛がん連携研究会