

# ゼローダ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。

群馬中毛がん連携研究会

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） \_\_\_\_\_

- 今回の治療部位に○をつけてください。  
① 乳腺                      ② 胃                      ③ 大腸
- 治療部位の手術歴がありますか？  
① はい（                      年                      月頃）                      ② いいえ
- 点滴の治療の併用はありますか？  
① はい                      ② いいえ
- 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
- 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 2週間内服後、1週間休み  
③ 3週間内服後、1週間休み  
④ 5日間内服後、2日休み  
⑤ その他（                      ）
- その他に、ご質問などがあればご記入ください。

## 《患者さんへ》

化学療法をより安全に治療を行うために、病院-保険調剤薬局間での情報共有が必要となります。  
なお、服薬情報等提供料として、保険金額 1 割負担 20 円、2 割負担 40 円、3 割負担 60 円を、  
月 1 回保険薬局にてご負担いただきます。

## 《同意書》

私は、上記の内容について説明を受け、十分に理解した上で病院-保険調剤薬局間の情報共有を行う本取組  
組みに参加することに、

:同意します    :同意しません

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

（本人でない場合の続柄： \_\_\_\_\_ ）

本取組で収集された情報は個人が特定できないよう匿名化し、学会等の発表や薬薬連携をより良いものにするために使用する場合があります。