

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
可能な範囲でご記入をお願い
病院からの治療の説明文書や検査値をお持ちでしたら

体表面積(BSA)を算出します。
身長、体重が不明な場合は病院
薬剤師へ問い合わせ下さい。

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
- 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： ）
- 今回処方された薬を内服する期間と、休む期間に
① いいえ
② 2週間内服後、1週間
③ 3週間内服後、1週間
④ 5日間内服後、2日休
⑤ その他（
- その他に、ご質問などがあ _____ 記入ください。

★乳がん、胃がんの場合
治療部位から投与量、スケジュールを
確認してください。処方と一致しない
場合は問い合わせ下さい。
◎乳腺 ⇒ A法 or B法*
※タイケルブ併用時のみ⇒C法
◎胃がん ⇒ C法

★大腸がんの場合
注射薬が不明な場合は問い合わせください。
◎注射併用の場合⇒C法*
※イリノテカン併用の場合のみ 800 mg/m²/回で
行います。
◎術後2か月以内、内服単独の場合 ⇒ B法
◎術後2か月以降、内服単独の場合 ⇒ C法

★大腸がんの場合
◎術後2か月以内、放射線併用*の場合 ⇒ D法
※遠隔転移部の照射は除きます。

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り
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。