

# タルセバ、イレッサ、ジオトリフ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○をつけてください。

① 肺 ② 膵臓 ③ 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. 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： \_\_\_\_\_）

本取組への協力は、ご同意いただいた場合であっても途中でお断りになることもできます。その際にはお申し出ください。その場合に関しても、医療サービスに関して不利益を被ることは一切ありません。

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。