薬薬連携シート

ﾚｼﾞﾒﾝ名：ｱｰﾋﾞﾀｯｸｽ+ｼｽﾌﾟﾗﾁﾝ+ﾌﾙｵﾛｳﾗｼﾙ（1ｸｰﾙ3週

◆スケジュール：以下のように3週間を1クールとし、2～5日目、9、16日目に点滴を行います。

	1クール目(21日)																			2クール目			
薬の名前	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	…	21	1	2	3	…
ｱｰﾋﾞﾀｯｸｽ		★							★							★							
ｼｽﾌﾟﾗﾁﾝ		★																					
ﾌﾙｵﾛｳﾗｼﾙ		★	★	★	★																		

◆用量変更 (2クール目以降のみ)：□無　□有 (　　)

◆主な併用注意薬・注意事項：フェニトイン、ワルファリン、腎障害・聴覚障害に注意

◆今回使用する支持療法

◆病院→薬局への連絡事項

◆薬局→病院への連絡事項

※病院への連絡事項がございましたらご記入ください。お電話でのご連絡も可能です。ご不明な点につきましては、マツダ病院HPもご参照いただけます。

薬局記入欄

薬局確認印

マツダ株式会社　マツダ病院