



薬薬連携シート

レジメン名：HER+CapeOX（クール目）

◆スケジュール：以下のように3週間を1クールとします。点滴は1日目のみ、内服は1日目の夕食後から2週間行います。

| 薬の名前 | | 1クール目(21日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2クール目 | | | | | |
|--------|---|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|---|---|---|-----|-----|
| | | 1日目 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 1 | 2 | 3 | ... | |
| ハーセプチン |  | ★ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ★ | | | | |
| エルプラット |  | ★ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ★ | | | | |
| カペシタビン | 朝 | | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | | | | | | | | | | ★ | ★ | ... |
| | 夕 | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | | | | | | | | ★ | ★ | ★ | ... | |

◆用量変更 (2クール目以降のみ)： 無 有 ()

◆残薬： 無 有 (回分)

◆主な併用注意薬・注意事項：フェニトイン、ワルファリン

◆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