

薬薬連携シート

薬品名：サイラムザ（ 回目）

◆スケジュール：以下のように2週間に1回点滴を行います。

薬の名前	1日目	2	3	4	5	6	…	14	15	16	17	…
サイラムザ 	★								★			

◆用量変更（2回目以降のみ）：無 有（ ）

◆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