


# 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