


# 薬薬連携シート

## レジメン名 : Cmab (クール目)

スケジュール : 以下のように1週間に1回点滴を行います。

| 薬の名前  | 1日目 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | ... |  |
|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|--|
| アービタックス  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |

用量変更 (2クール目以降のみ) : 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