

薬薬連携シート

剤名： triweeklyHER (**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、3週間に1回点滴を行います。

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	...	21	1	2	...
ハーセプチン 												

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