

薬薬連携シート

薬剤名：UFT

スケジュール：以下のように、1日3回毎食後に、毎日内服します。

| 薬の名前 | | 1日目 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | ... |
|------|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|-----|
| UFT | 朝 | | | | | | | | | | | | | | ... |
| | 昼 | | | | | | | | | | | | | | ... |
| | 夕 | | | | | | | | | | | | | | ... |

用量変更(2クール目以降のみ)： 無 有 ()

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