

エスワン（ティーエスワン）を当薬局で初めて受け取られる方へ

くすりを安全にご使用いただくためのアンケートとなっています。可能な範囲でご記入をお願いします。
病院からの治療の説明文書や検査値をお持ちでしたら、情報提供にご協力ください。

記載日： 年 月 日

お名前 _____ 身長： _____ 体重： _____ kg

記入者 ① ご本人 _____ ② その他（お名前：関係） _____

1. 今回の治療部位に○をつけてください。

- ① 乳腺 ② 胃 ③ 脾臓、胆道
④ 肺 ⑤ 大腸 ⑥ 喉、鼻、口腔、顔面
⑦ その他（ ）

2. 治療部位の手術歴がありますか？

- ① はい（ 年 月頃） ② いいえ
②

3. 点滴の治療の併用はありますか？

- ① はい ② いいえ

4. 放射線の治療の併用はありますか？

- ① はい（治療部位： ） ② いいえ
②

5. 今回処方された薬を内服する期間と、休む期間について説明を受けていますか？

- ① いいえ
② はい（ 週内服後、 週間休み）

6. その他に、ご質問などがあればご記入ください。

《患者さんへ》

化学療法をより安全に治療を行うために、病院-保険調剤薬局間での情報共有が必要となります。

なお、服薬情報等提供料として、保険金額 1 割負担 20 円、2 割負担 40 円、3 割負担 60 円を、月 1 回保険薬局にてご負担いただきます。

《同意書》

私は、上記の内容について説明を受け、十分に理解した上で病院-保険調剤薬局間の情報共有を行う本取り 組みに参加することに、

：同意します ：同意しません

年 月 日 署名 _____

(本人でない場合の続柄： _____)

2019.9 作製