

# カペシタビン（ゼローダ）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  
 可能な範囲でご記入をお願いし  
 病院からの治療の説明文書や検査値をお持ちでしたら、

体表面積(BSA)を算出します。  
 身長、体重が不明な場合は病院  
 薬剤師へ問い合わせ下さい

記号 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 大腸

治療部位から投与量、スケジュールを  
 確認してください。処方と一致しない場  
 合は問い合わせ下さい。

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

大腸がんの場合

◎術後 2 か月以内、放射線併用※の場合 ⇒ D 法  
 ※遠隔転移部の照射は除きます。

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

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 2 週間内服後、1 週間休み  
 ③ 3 週間内服後、1 週間休み  
 ④ 5 日間内服後、2 日休み  
 ⑤ その他（    ）

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： \_\_\_\_\_ )

服薬情報等提供料の説明において、必要であれば本同意書をお使いください。  
薬局で使用している説明書や同意書があれば、そちらを優先で使用してください。