

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

ティーエスワン服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
下痢
吐き気・食欲不振
口内炎
皮膚の状態
だるさ
眼の症状

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

資料 6

ティーエスワン服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
下痢
吐き気・食欲不振
口内炎
皮膚の状態
だるさ
眼の症状

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

ティーエスワン服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
下痢
吐き気・食欲不振
口内炎
皮膚の状態
だるさ
眼の症状

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

ティーエスワン服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
下痢
吐き気・食欲不振
口内炎
皮膚の状態
だるさ
眼の症状

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

ティーエスワン服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
下痢
吐き気・食欲不振
口内炎
皮膚の状態
だるさ
眼の症状

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

ティーエスワン服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
下痢
吐き気・食欲不振
口内炎
皮膚の状態
だるさ
眼の症状

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

ゼロータ服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
手足の症状
口内炎
下痢
吐き気・食欲不振
むくみ

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

ゼロータ服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
手足の症状
口内炎
下痢
吐き気・食欲不振
むくみ

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

ゼロータ服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
手足の症状
口内炎
下痢
吐き気・食欲不振
むくみ

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

ゼロータ服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
手足の症状
口内炎
下痢
吐き気・食欲不振
むくみ

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

ゼロータ服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
手足の症状
口内炎
下痢
吐き気・食欲不振
むくみ

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。

お薬サポートダイヤル 予約票
年 月 日 () 時～ 時
対応薬剤師

〇〇薬局
電話番号
FAX

ゼロータ服用後の状況をお伺いします。
飲み忘れた回数
手足の症状
口内炎
下痢
吐き気・食欲不振
むくみ

その他メモ

※サポートダイヤル後、お薬手帳に貼ってください。