

# 資料 5

患者情報提供用紙（病院→薬局）  
（お薬手帳貼付用）

様（ID \_\_\_\_\_）

治療に関する情報（ 年 月 日）

## ①治療スケジュール

- レジメン名（臓器）：SOX（大腸）
- スケジュール（3週間ごと）  
S-1：80mg / m<sup>2</sup>  
day1 夕食後～day15 朝食後  
オキサリプラチン：130 mg/m<sup>2</sup>  
day1（点滴静注）
- 治療期間：□術後補助（全 回）  
□治療効果を見ながら継続

## ②病院から患者さんへの説明（病状説明済）

- メーカーパンフレット
- 病院独自資料（ \_\_\_\_\_ ）
- 検査結果（薬局で確認をお願いします）

## ③患者さんの情報と薬局へのお願い事項

- 身長： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_ 体表面積： \_\_\_\_\_
- ★投与量や注意が必要な疾患に関する情報

連絡先：昭和大学横浜市北部病院 薬局  
化学療法担当 045-949-7486（平日9時～17時）

④支持療法薬などに関する情報

連絡先：昭和大学横浜市北部病院 薬局  
化学療法担当 045-949-7486（平日 9時～17時）

様 (ID )

治療に関する情報 ( 年 月 日 )

**①治療スケジュール**

- レジメン名 (臓器) : SOX (大腸)
- スケジュール (3週間ごと)  
S-1 : 80mg / m<sup>2</sup>  
day1 夕食後~day15 朝食後  
オキサリプラチン : 130 mg/m<sup>2</sup>  
day1 (点滴静注)

**②投与量変更などの連絡**

連絡先 : 昭和大学横浜市北部病院 薬局  
化学療法担当 tel : 045-949-7486 (平日 9時~17時)  
fax : 045-949-7085

投与量変更連絡用 (病院→薬局)  
(お薬手帳貼付用)