

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。