

## 県立総合医療センター化学療法患者情報問い合わせ表

カルテ番号：	送信日時： 年 月 日 時 分
患者名：	問い合わせ薬局：
生年月日：明・大・昭・平 年 月 日	担当薬剤師：
診療科・処方医師： 科	電話番号： FAX：
その他・特記事項	

S-1                       カペシタビン                       その他 (                      )

※上記記入をお願いします。下記太枠線内は記入しないで下さい。

《回答》

胃・大腸・肺・膵・胆管・乳・その他(                      )

補助療法・非補助療法

今回(              )クール(              )週目

減量(前回              mg ⇒ 今回              mg)

・投与スケジュール(併用注射薬がある場合、投与日を黒く塗ってあります)

4週投薬2週休薬(単剤・併用薬【                      】)

4週投薬1週休薬(単剤・併用薬【                      】)

3週投薬2週休薬(単剤・併用薬【                      】)

3週投薬1週休薬(単剤・併用薬【                      】)

2週投薬2週休薬(単剤・併用薬【                      】)

2週投薬1週休薬(単剤・併用薬【                      】)

(              )週投薬(              )週休薬(単剤・併用薬【                      】)

連日投与     隔日投与

備考