

「ゼローダ錠」を処方された患者さんへ

薬剤師があなたの治療状況を把握するために以下の質問にお答えください

■ お名前: _____ ■ 身長 _____ cm ■ 体重 _____ kg

■ 生年月日: 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

以下の質問をお読みになり、該当する項目に○を付けてください。

※病気について

① 「ゼローダ錠」は、どこの病気のお薬と先生から聞いていますか？

() 大腸 () 胃 () 乳腺

※お薬について

② 本日処方された「ゼローダ錠」を以前に服用したことはありますか？

() ある → 最後に服用したのはいつ頃ですか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日 頃

() ない → 今のご病気の治療で、今までに別の薬を服用していましたか？

() はい → 薬の名前が分かればお書き下さい

(_____)

() いいえ

() わからない

③ 現在、点滴の治療は受けていますか？

() 受けている → いつ頃からですか？

_____ 月 _____ 日 頃

薬の名前が分かればお書きください(_____)

() 受けていない

※手術について

④ 今の病気で最近手術を受けましたか？

() 受けた → いつ頃ですか？

_____ 月 _____ 日 頃

() 受けていない

※放射線治療について

⑤ 現在、放射線治療は受けていますか？

() 受けている

() 受けていない

※説明書について

⑥ 病院・医院で「ゼローダ錠」についての説明書をもらいましたか？

() もらっている → 受付にご提示ください () もらっていない

※検査について

⑦ 病院・医院で尿・血液検査の結果が書かれた用紙をもらいましたか？

() もらっている → 受付にご提示ください () もらっていない

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。