

抗がん薬情報共有シート

報告日 年 月 日
患者ID
患者名

保険薬局名・住所・電話・FAX・薬剤師名

レジメン名 _____ 療法の Day _____ に

抗がん薬の服用状況、副作用の有無について、

患者さまに電話連絡にて確認を行いましたのでご報告いたします。

自由記載
