治療を受けられる患者様へ　　様式−1

当薬局では安全な薬物治療を受けていただくために、病院と連携をとりながらお薬の説明をさせて頂きます。今回開始されたお薬を安全かつ有効に服用して頂くために、お手数ではありますが下記項目にご記入をお願いします。

お名前　　様　　記入者：ご本人 ・ ご家族 ・ その他の方（　　）

お薬を管理される方：ご本人 ・ ご家族 ・ その他の方（　　）

1 これから治療する病気名はお分かりですか？

肺がん　血液のがん　胃がん　大腸がん　膵臓がん　乳がん
婦人科がん（ 卵巣がん、子宮がん ）　その他（　　）　わからない

2 お薬について病院で受けた説明内容は理解できましたか？

□十分理解できた　□まあまあ理解できた　□あまり理解できなかった　□ほとんど理解できず不安

☑あまり理解できなかった または ☑ほとんど理解できず不安 を選んだ方はどの項目についてですか？

効能・効果　副作用　休薬期間　服用方法　今後の治療について　その他（　　）

3 病院で説明されたお薬を飲む量や回数、開始日について説明を受けられましたか？

□説明された　□説明されなかった　□説明されたがわからなかった　□説明されたが忘れた

4 お薬を飲む量や回数、開始日はいつからですか？

1日　　回　1回　　錠
朝　昼　夕　寝る前　の　食事の前 ・ 食事と食事の間 ・ 食事の後
お薬を飲み始める日：　　月　　日の　朝　昼　夕　寝る前　から

5 お薬の副作用について、病院の説明で理解できましたか？

□十分理解できた　□まあまあ理解できた　□あまり理解できなかった　□ほとんど理解できず不安だ

6 お薬の副作用を予防するまたは抑える薬について病院で説明がありましたか？

□説明され充分理解できた　□説明されたがわからなかった　□説明されたが忘れた　□説明されなかった

7 その他気になる点や不安な点、病院に伝えてほしい事があればご記入ください。

ご記入ありがとうございました。薬についてのご相談はいつでもお申し出ください。

〇〇〇薬局