

.....様

説明日.....年.....月.....日

担当薬剤師.....

★治療について

レジメン名	1コースの期間	診療科	適応疾患	コース数	コース開始日
KEY21	21日間	口腔外科	頭頸部がん	コース目	

★治療スケジュール

以下の治療スケジュールで繰り返し行います。症状や経過に合わせて治療スケジュールが変わることがあります。

投与順	投与経路	薬品名	投与量 投与時間	実際の 投与量	実施日	
					1	2~21
1	点滴 静注	キイトルーダ 生理食塩液100mL	200mg/Body 30分	mg	●	

★注意事項など

この用紙は、かかりつけ医や保険調剤薬局の薬剤師へご提示ください。

★保険調剤薬局薬剤師の方へ

服薬状況や副作用等報告事項がありましたら、「患者情報連絡書」にて報告をお願いします。

「患者情報連絡書」: 碧南市民病院HP→部門紹介→薬剤部→薬薬連携に掲載

FAX(地域連携室): 0566-46-3774

【緊急時連絡先】碧南市民病院 薬剤部 TEL: 0566-48-5050(代表)

