がん薬物療法相談用 FAX 用紙

施設名　【　　】　記入者　【　　】
連絡先　【電話：　　】　【FAX：　　】
　　【E-mail：　　】

（後日、詳細を問い合わせることがございます。）

・当院からの返答方法（希望する方にチェック）

□FAX　　□E-mail

・相談内容は以下のどれに該当しますか？（いずれかにチェック）

□化学療法レジメン（抗がん剤、輸液、支持療法薬）に関すること
□化学療法のスケジュールや投与量に関すること
□化学療法の投与基準や減量基準に関すること
□抗がん剤の調製方法
□患者への指導方法
□その他（　　）

・相談内容の詳細をご記入ください。

（　　）

・その他、ご意見またはご質問などありましたら自由にご記入下さい。

（　　）

FAX 送信先：

大分大学医学部附属病院薬剤部　がん薬物療法相談窓口

097-586-6119

（番号をお間違えないようご協力をお願い致します）