

## 薬剤情報提供書 (がん化学療法)

報告先 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_ 報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者 ID :	保険薬局名称・住所 :
患者氏名 :	TEL : _____ FAX : _____
生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日	担当薬剤師 :

・ 今回の情報を確認した状況 (確認日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

電話  在宅訪問  薬局

・ 対象者

本人  家族

この情報を提供することについてご本人またはご家族から同意を得ています。

患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。

【レジメン】 \_\_\_\_\_ 療法

【情報共有内容】

用法用量  有害事象  検査値異常  アドヒアランス不良  その他 ( \_\_\_\_\_ )

【情報提供】

### <注意>

FAX による情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは通常通り電話にてお願いいたします。

薬剤情報提供書に対する返信は原則として行っておりません。次回処方への反映などをご確認下さい。