



<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は専用電話番号 0283-22-5380 をお願いします。

処方医師 _____ 科 _____ 先生御机下 _____ 報告日: 2020年9月23日

服薬情報提供書 (化学療法)

患者イニシャル	(姓)	(名)	患者 ID (医療機関)
保険薬局名			電話番号
所在地			FAX番号
処方せん交付年月日	年	月	日
			担当薬剤師

この情報を伝えることに対して同意を得ています。 (患者本人 家族 介護者 から)

この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。

処方せんに基づき調剤を行い薬剤交付いたしました。

下記の通りご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【報告事項】

副作用 検査値

服薬状況 相互作用

処方内容に関連した提案 患者の訴えに関する情報

残薬報告 家族、介護者からの情報

その他 (_____)

(保険薬剤師からの報告詳細内容) 対面 電話

レジメン名: _____ コース目 _____ Day _____ に確認致しました。

(保険薬剤師からの提案事項)

返信欄 (保険医療機関→保険薬局) _____ 年 _____ 月 _____ 日

対応 (医師記入欄) _____ 対応医師: _____

報告内容を確認しました。 次回から提案通りの内容に変更します。

提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。

提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

(内容)

対応 (病院薬剤師記入欄) _____ 対応薬剤師: _____

保険薬局への連絡: _____ 年 _____ 月 _____ 日