



FAX: 茅ヶ崎市立病院薬局 0467-52-1337

保険薬局 → 市立病院薬局 → 処方医(電子カルテ)

受付時間: 平日9:00~17:00

茅ヶ崎市立病院 御中

報告日: 年 月 日

### 服薬情報提供書【抗癌剤服用に関する情報】

担当医  先生 御机下	科	保険薬局 名称・所在地
処方日:		電話番号:
患者ID:		FAX番号:
患者イニシャル:		担当薬剤師名:
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し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。		

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<b>【区分】</b> <input type="checkbox"/> 残薬、服薬状況に関する報告 <input type="checkbox"/> 併用薬剤等に関する報告 <input type="checkbox"/> 副作用歴・アレルギー歴に関する報告 <input type="checkbox"/> 有害事象疑いに関する報告 <input type="checkbox"/> 定期的な検査等の実施に関する報告 <input type="checkbox"/> その他(外用は【詳細内容】へ記載下さい)	
<b>【レジメン名】</b>	<b>【コース開始日】</b>
<b>【詳細内容】</b>	
<b>【薬剤師としての所見・提案事項】</b>	
<b>【当院使用欄】</b>	

※ FAXによる情報提供は疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。