



FAX: 鳥取県立厚生病院薬剤部 0858-22-8196

FAXの流れ: 保険薬局 → 薬剤部 → 担当医師

鳥取県立厚生病院薬剤部 行き

報告日: 20 年 月 日

### 外来化学療法情報提供書

担当医	科	保険薬局 名称・所在地
	先生 御机下	
交付年月日	20 年 月 日	電話番号:
患者 ID:		FAX 番号:
患者名:		担当薬剤師名: 印
( <input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 非 )		
<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します。		

下記のとおり報告します。

<b>【報告事項】</b> <input type="checkbox"/> 抗がん薬（化学療法）関連 <input type="checkbox"/> 疑義照会（修正あり・なし） <input type="checkbox"/> 有害事象疑い（抗がん薬以外） <input type="checkbox"/> 服用薬剤調整支援に関する提案 <input type="checkbox"/> 残薬報告 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 服薬指導内容
<b>【上記選択詳細内容】</b>
<b>【所見・提案事項等】</b>