

外来化学療法に関する情報提供書【特定薬剤管理指導加算2】

担当医： _____ 科 _____ 先生 御机下 報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID :	保険薬局名称
患者名 :	
生年月日：明 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	電話番号 :
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 :
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるので報告いたします。	

下記の通り、情報提供をいたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> 抗がん剤によると思われる有害事象の報告 <input type="checkbox"/> 抗がん剤および支持療法（外用薬を含む）の服薬状況の報告 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
聞き取り方法	【日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日】 <input type="checkbox"/> 薬剤交付時 <input type="checkbox"/> 電話でのフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 患者さんからの相談時（薬剤交付時以降） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
報告・連絡事項	
薬剤師からの提案事項	

<注意> FAXでの情報提供をお願いします。本情報提供書による情報提供は疑義照会とはなりません。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。本情報提供書は当院からの「外来化学療法に関する情報提供書」に対する返信のみに使用してください。

-----返信欄（薬剤科→保険薬局）-----

- 内容を確認し医師等に報告・情報共有しました。
- その他

情報提供ありがとうございました。

薬剤科確認 医師確認