

FAX送信先：さんむ医療センター薬剤課 0475-80-1725

<注意> この情報提供書による報告は「疑義照会」ではありません
緊急性のある問い合わせや疑義照会は通常どおりの対応で連絡してください

化学療法用薬剤情報提供書(特定薬剤管理指導加算2)

報告日： 年 月 日

診療科：	保険薬局名：
患者ID：	所在地：
患者氏名：	TEL：
聴取日： 年 月 日	FAX：
聴取先： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	担当薬剤師名： 印
聴取方法： <input type="checkbox"/> 来局時 <input type="checkbox"/> 電話（薬局→患者） <input type="checkbox"/> 電話（患者→薬局） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
この情報を報告することに対し患者からの同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者からの同意を得ていないが、治療上重要と思われるため報告します	

下記の内容について報告します。

レジメン名：				
有害事象	発現の有無		発現時期	詳細
発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
食思不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
神経障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
皮膚症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
呼吸症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
<服薬順守状況> <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ）				
<薬剤師からの提案事項>				

(病院薬剤師記入欄)

<input type="checkbox"/> 内容を確認しカルテに保存、担当医に報告した	確認薬剤師：
<input type="checkbox"/> その他：	