FAX: 大崎市民病院薬剤部 0229-91-0179

FAX の流れ: 保険薬局→薬剤部→処方医師

大崎市民病院　御中　　報告日　　年　　月　　日

# 【特定薬剤管理指導加算 2】服薬情報提供書

| | |
|---|---|
| 担当医　　科<br><br>先生　御机下 | 保険薬局名:<br>所在地:<br><br>電話番号:　　(　　)<br>FAX 番号:　　(　　) |
| 患者 ID:<br>患者氏名:<br><br>生年月日: | 担当薬剤師名:<br><br>印<br>(□かかりつけ薬剤師　　□非　) |

□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。

□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、治療上必要と考えられるので報告いたします。

ご自宅での状況について下記の通りご報告致します。

レジメン名【　　】化学療法実施日【　　月　　日】

| | |
|---|---|
| 確認方法 | □電話　□在宅訪問　□来局時に聞き取り |
| 確認日時 | 月　　日　　時 |
| 次回診察予定日 | 月　　日 |

【服薬状況】　(情報提供の対象薬剤名: _____)

□ 良好　　□ やや不良　　□ 不良　　※やや不良、不良に該当した場合は下記の理由を選択

理由: □飲み忘れ　　□副作用の発現等による体調不良

□その他 (　　)

【副作用の発現状況】　□ なし　　□ あり

【薬剤師としての所見・提案事項】

※ 服薬情報提供書による疑義照会は承っておりません (大崎市民病院　薬剤部　2020.11)