FAX: 北村山公立病院　0237-43-7085（薬剤部直通）

**抗がん剤服薬情報提供書**

　報告日：　　　年　　　月　　　日

処方医　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID  患者名  生年月日 | 保険薬局　名称・所在地  TEL  FAX  担当薬剤師名 |
| 患者からの同意　 □ 得た　□ 得ていない  □患者本人　□家族　□その他  □患者は主治医への報告を拒否していますが、  治療上重要だと思われますので報告いたします。 |

以下の通り、ご報告いたします。

|  |
| --- |
| 病名：  レジメン名：  薬剤名： |
| **【情報提供事項内容】**  □服薬状況　□有害事象疑い　□服薬指導内容　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **薬剤師からの提案事項：** |

<注意>こちらのFAXによる伝達・情報提供は疑義照会ではありません。

※この用紙がFAXされたらスキャナー取込みし、この用紙は各外来へ返却する。

【文書№22103、保存フォルダ：薬剤記録、原本：各外来へ返却】