大館市立総合病院　御中

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[ ]  得た　　　[ ]  得ていない | FAX番号：  |
| 担当薬剤師名： |
| [ ]  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ます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 | [ ]  抗がん剤によると思われる有害事象の報告[ ]  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[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 聞き取り方法 | 【日時：　　　年　　　月　　　日】[ ]  薬剤交付時[ ]  電話でのフォローアップ時[ ]  患者さんからの相談時（薬剤交付時以降）[ ]  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

FAX:0186-45-1314（大館市立総合病院FAXコーナー）

薬剤科→各科外来（医師確認後、コピーを薬剤科へ、原本をスキャンセンターへ）

2023年6月作成