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。

----------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）

2025 年 2 月作成