埼玉慈恵病院　薬剤科宛　FAX：048-521-4595

報告日：西暦　　　　年　　　月　　　日

特定薬剤管理指導加算２　情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 科　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 | 保険薬局名称 |
| 患者ID | 電話番号 |
| 患者氏名 | FAX番号 |
| 担当薬剤師名 |
| 本情報を病院に伝えることについての患者の同意得ているか。□得た　　　　　　　　　　　　　　　　　□得ていない□報告を拒否しているが、治療上必要と思われるため報告する。 |

抗がん剤の服用状況、副作用発現状況について、以下の通り報告致します。

１．施行中のレジメン：

２．聞き取り日時：西暦　　　　年　　　　月　　　　日

３．聞き取り方法：□電話　　□在宅訪問　　□薬局窓口　　□その他（　　　　　　）

４．服薬状況：

□適切に服薬・使用できている

□しばしば服用・使用できていない

□服用・使用していない

適切に服用・使用が出来ている場合以外は理由を記載してください

５．副作用発現状況

６．自由記載欄