



<注意> このFAX よる情報伝達は、疑義照会ではありません。  
 緊急性のあるものや疑義照会は通常通り処方医へ電話にてお願いします。

川崎市立井田病院 御中

報告日： 年 月 日

## 抗がん剤薬薬連携情報提供書

処方医 <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">科</div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">先生</div>	保険薬局等 名称・所在地
患者 ID : 患者名 :	電話番号 :
	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : <span style="float: right;">印</span>
この情報を伝えることに対して患者の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

<b>【使用レジメン】</b> <input type="checkbox"/> レジメン名 ( ) <input type="checkbox"/> その他 薬品名 ( ) <b>【情報聞き取り日】</b> 年 月 日 <b>【聞き取り対象者】</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>【服薬状況】</b> アドヒアランス : <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 不良の場合 : 薬剤名及び理由 ( )
<b>【副作用評価】</b> (参考 : ホームページ掲載の当院グレード評価基準)
<b>【その他】</b>
その他、薬局等薬剤師からの報告・提案・相談事項など