FAX:川崎病院薬剤部044-211-8026

＜注意＞ このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

疑義照会は通常通り処方医へ電話にてお願いします。

川崎市立川崎病院　御中　　　　　　　　 報告日：　　　年　　月　　日

がん薬薬連携情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医 　　　　　　　　科  先生 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名：  印 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意　　□あり　　□なし  □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ますので報告いたします。 | |

|  |
| --- |
| 【使用レジメン】  　□レジメン名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□その他　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　）  【情報聞き取り日：　　　年　　　月　　　日】  【聞き取り対象者：□本人　□家族　□その他（　　　　　　　　）　】へ |
| 【内容】  　□アドヒアランス　　□副作用評価　　□その他 |
| その他、薬局等薬剤師からの報告・提案・相談事項など |

該当患者様の次回来院時など、医師のカルテ閲覧時に情報伝達されます。

レポートを含む全　 枚送付