



寿泉堂総合病院 御中

報告日：20 年 月 日

薬薬連携情報提供書（抗がん剤）

処方医： 科 先生 処方年月日：20 年 月 日

保 険 薬 局	名称・所在地	
	電話番号（ - - ）	FAX 番号（ - - ）
	担当薬剤師	（ <input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 非）
患 者	ID	生年月日： 年 月 日
	イニシャル	性別： 男 ・ 女
	同意	この情報を提供することに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> （文書・口頭）で得ています <input type="checkbox"/> 得ていませんが、治療上必要と思われるので報告いたします

下記の通りご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます

確 認 時 期	<input type="checkbox"/> 外来服薬指導時 <input type="checkbox"/> 電話確認時（ 月 日） <input type="checkbox"/> その他
情 報 提 供 内 容	<input type="checkbox"/> 用法用量 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 検査値異常 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> その他
【上記選択肢の詳細内容】	
【薬剤師としての所見・提案事項】	
【病院記入欄】	
薬局への連絡： 対応薬剤師：	

<注意> この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません

緊急性のあるものは通常通り電話にてお願い致します