**水戸済生会総合病院 薬剤部**

**FAX：029-254-9009**

**保険薬局 → 薬剤部→ 処方医**

**外来化学療法患者用・情報提供書**

担当医：　　　　　科　　　　　　　　　先生御机下　報告日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名：　　　　　　　 （ID： ）レジメン名：　　 　　　　　　　　　　　 | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者からの同意 | 　☐ 得た　　☐ 得ていない |
| ☐ 患者は処方医への報告を拒否していますが、　 治療上重要と考えられるため報告いたします。 |
| 患者から下記の状況等について電話等により確認した日 　　月　　日、Day　　（備考：　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| **・抗がん剤、支持療法剤、鎮痛剤の内服状況** |
| **・副作用の発現状況**☐ 上記について、患者自身が既に当院の医師・薬剤師、または看護師に伝えてある |
| **・日常生活で困っていること**☐ 上記について、患者自身が既に当院の医師・薬剤師、または看護師に伝えてある |
| **・その他（薬局薬剤師からの指導内容、提案等）** |

＜注意＞　このFaxによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

　　　　　緊急性のある問い合わせや疑義照会は、薬剤部・化学療法担当までご確認ください。