

〈送信先〉

公益社団法人 北部地区医師会

北部地区医師会病院 薬剤部

FAX : 0980-53-7510

## がん化学療法 情報提供書

主治医： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_ 報告日： 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者ID：		保険薬局	
患者氏名：		名称：	
		住所：	
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得てない		
<input type="checkbox"/> 患者の同意を得ていませんが、 治療上重要と思われるため報告いたします。		TEL：	FAX：
		担当薬剤師	印

北部地区医師会病院の処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記につきまして、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報提供	提案 (左記に対する保険薬局からの提案等)
<input type="checkbox"/> 服薬情報、所見 (検査値に基づき、次回以降の受診時に配慮してほしい内容などを含む)	
<input type="checkbox"/> 残薬調整 (残薬調整があった場合、その内容と残薬発生の理由)	
<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 情報提供依頼 (がん化学療法レジメン内容の情報提供依頼等)	

**〈注意〉 このレポートによる情報伝達は、疑義照会ではありません。  
疑義照会は、通常通り処方医へお問い合わせ下さい。**