〈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

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： | | |
| 患者からの同意 | | 得た | 得てない | 住所： | | |
|  | 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） |
| 服薬情報、初見  （検査値に基づき、次回以降の受信時に配慮してほしい内容などを含む）  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）  その他 | |  |
| 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。 | |