



FAX: 三菱京都病院薬剤部
075-381-2175

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

三菱京都病院 御中

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書（抗がん剤用）

担当医 科 先生 御机下	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を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
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。

<p>●投与量● <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()</p> <p>●他剤との相互作用● <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()</p> <p>●スケジュールの理解● <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()</p> <p>●副作用の理解● <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()</p> <p>●副作用発生時の対応● <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()</p>
<p>薬剤師としての提案事項</p>

※2 回目以降に残薬があった場合、およびCTCAEに基づき、グレード2以上の副作用を認めた場合連絡をお願いします。