



FAX:045-316-6525

特定薬剤管理指導加算2

《注意》 この情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

横浜市立市民病院 薬剤部 行

報告日: 年 月 日

患者 ID: 患者氏名:	保険調剤薬局 名称・所在地:
診療科: 医師名:	電話番号(必須): FAX 番号(必須): 担当薬剤師氏名: 印
この情報を伝えることに対して患者又は代諾者からの 同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 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。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

処方日: 年 月 日	併用薬/サプリメント等:
抗がん剤、レジメン名:	

【服用状況の評価】

聞き取り方法:  投薬時  電話確認  在宅訪問 聞き取り日時: 年 月 日

残薬確認:(残薬数: )

指示通り服薬できなかった理由:

- 飲み忘れが積み重なった  副作用が発現した  服用タイミングが生活にあっていない
- 服用量・回数の誤り  治療に消極的  自分で判断し飲むのをやめた( )
- その他( )

【副作用の評価】

その他( )

【患者の訴え】

【情報提供・提案内容】