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：  電話番号（必須）：  FAX番号（必須）：  担当薬剤師氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 診療科：  医師名： |
| 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　　□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。 | |

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】 | |

横浜市立市民病院　2020年9月作成