

大阪急性期・総合医療センター
がん化学療法 服薬情報提供書 兼 情報提供依頼書

該当院外処方箋 とともに薬局薬薬連携室へご送付ください (FAX 06-6692-0252)

記入日: 年 月 日

保険薬局名	薬局		店	薬局 FAX 番号
薬剤師名	処方箋発行日	年	月	日
患者氏名			患者番号	
診療科			保険医師名	
この情報を伝える事 または 情報提供依頼することに対して、患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ています。 <input type="checkbox"/> 得ていませんが、治療上重要と思われるため報告 または 依頼いたします。				
内 容 <input type="checkbox"/> 処方薬剤の服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方薬剤による副作用の疑い <input type="checkbox"/> その他(報告事項)				
(薬剤師からの提案事項)				
<input type="checkbox"/> 情報提供依頼(がん化学療法レジメンの情報提供依頼など)				

返信欄	返信日: 年 月 日
<input type="checkbox"/> 内容を確認し、処方医に報告しました <input type="checkbox"/> その他	
返信者	