FAX:加賀市医療センター　（薬剤室）0761-72-0580

保険薬局 → 薬剤室 → 主治医

加賀市医療センター御中　　※お手数ですが、原本は後日当院各科へ郵送お願い致します。

【特定薬剤管理指導加算２】服薬情報提供書

□急を要する　□要しない

担当医　　科	保険薬局　名称　・所在地
先生　御机下	
患者ID：	電話番号：
患者名：	FAX番号：
	担当薬剤師名：

この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た。　□得ていない。
□患者は報告を拒否していますが、治療上重要と判断したので報告いたします。

ご自宅での状況について報告いたします。

レジメン名【　　】化学療法実施日【　　月　　日】

聞き取り方法	□電話　□在宅訪問　□薬局聞き取り
聞取り日時	月　　日　　時　day(　　)
次回診察予定	月　　日

＜服薬状況＞

□服薬できている　□しばしば服薬しないことがある　□休薬中（　　/　　～）

※しばしば服用しない又は、休薬中に該当した場合の理由

理由：□飲み忘れ　□治療に消極的　□残薬　□副作用の発現

□その他（　　）

＜副作用発現状況＞

□なし　□あり ※治療開始前からあった症状は、悪化した場合「あり」に☑

薬剤師としての提案事項・その他報告事項

加賀市医療センター　薬剤室