

外来化学療法 薬薬連携 情報共有シート



湘南藤沢徳洲会病院 薬剤部

FAX : 0466-53-2240

年 月 日

薬局名

薬剤師氏名

住所

電話番号

FAX番号

処方医師 科 先生御侍史

患者 イニシャル		患者 ID	
生年月日		処方箋 発行日	

患者は処方医への報告を同意しています

患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告いたします

【内容】 処方薬の情報 処方薬剤の服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報

併用薬剤等（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報

患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報

症状等に関する家族、介護者等からの情報 薬剤に関する提案

薬剤師からみた本情報提供の必要性

その他特記すべき事項（概要（詳細は【所見】へ記載下さい））

（ ）

【所見】 以下の通り、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

◎ 返信欄（医師記入欄） 年 月 日 医師名

報告内容を確認しました。現状のまま継続し、経過観察します。

提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

※このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り、電話にてお願い致します