**＜注意＞**

TEL:市立伊勢総合病院　 ㈹0596-23-5111

FAX:市立伊勢総合病院薬局 0596-28-5050

FAXの流れ：保険薬局 → 薬局

伊勢病院薬局にFAX送信してください

**このFAXによる情報伝達は、疑義照会・薬剤情報提供書（ﾄﾚｰｼﾝｸﾞﾚﾎﾟｰﾄ）ではありません。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告日： | 令和 | 年 | 月 | 日 |

市立伊勢総合病院　薬局　宛

特定薬剤管理情報提供書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID： | 保険薬局　名称・所在地 | | |
| 患者名： |
| 診療科： | TEL： | FAX： | |
| 主治医： | 担当薬剤師名： | | 印 |
| レジメン名： | 治療日： | | |

外来化学療法患者の状況を以下の通り確認しました。

* 副作用発現状況
* 服薬アドヒアランス状況
* その他

以下のように情報提供いたします。

|  |
| --- |
| 副作用発現状況・服薬アドヒアランス状況 |
| 指導内容  緊急性がある場合は情報提供書とともに患者へ受診を勧めてください |
| 保険薬局から医療機関への伝達事項 |

-------------------------------医療機関記入欄------------------------------------

□　主治医報告　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：

□　電子カルテ記入　　　　　　　　　　　　　　　　　薬剤師名：