



FAX:宮城県立がんセンター薬剤部 022-381-1181

保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

宮城県立がんセンター 御中

報告日：20 年 月 日

服薬情報提供書

担当医	科	先生 御机下	保険薬局名：
処方箋交付年月日	20 年 月 日		所在地：
患者 ID：			電話番号：
患者名：			FAX 番号：
			担当薬剤師名： (<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 非)

薬局から患者へ連絡 患者から薬局へ連絡(問い合わせ) 投薬時

聞き取り日：20 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
対応者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
レジメン：
服用期間： 月 日 () ~ 月 日 () / 休薬期間： 月 日 () ~ 月 日 ()
アドヒアランス： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(飲み忘れ回数 回) その他：
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。

下記の通りご報告いたします。

【報告事項】 <input type="checkbox"/> 内服抗がん薬(化学療法)関連 <input type="checkbox"/> 服用薬剤調整支援に関する提案 <input type="checkbox"/> 残薬報告 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 服薬指導内容 <input type="checkbox"/> 有害事象疑い(抗がん薬以外) <input type="checkbox"/> その他 ()
【上記選択肢詳細内容】
【薬剤師としての所見・提案事項】

宮城県立がんセンター記載欄