

保険薬局への情報提供書

年 月 日

患者さんへ

下記の内容は患者さんの情報(検査値、治療内容など)を保険薬局と共有し、当院処方薬の適正使用(肝機能、腎機能に応じた薬の量の適正化や相互作用、副作用の早期発見など)に活用していただくものです。保険薬局薬剤師に処方箋とともにFAX、もしくはご提示ください。ただし、個人情報にですので、保険薬局への開示を望まない方はそのままお持ち帰りください。

保険薬局名 『 _____ 』 薬局 (_____ 店) 御中

		薬局FAX番号			
患者氏名	_____ 様	患者番号	_____	生年月日	_____

いつもお世話になっております。
 貴局での投薬希望です。
 現在、下記の化学療法を施行中ですが、当院での状況について報告させていただきます。
 よろしく願い申し上げます。
 貴局でお気づきのことなどありましたら、返信FAXをいただけると幸いです。

年 月 日

大阪医科薬科大学病院 ⇒ 薬局

病名(_____) 体表面積 (_____)m²

レジメン名(_____)

コース数(_____)コース目

副作用、スケジュールについて薬剤師から説明済

検査値

大阪医科薬科大学病院

薬剤師	_____ 印
-----	---------

TEL 072-684-7052

FAX 072-684-6599

薬局 ⇒ 大阪医科薬科大学病院 (FAX:072-684-6599)			
処方箋発行日	年 月 日	調剤日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 処方薬剤の服薬状況 (良好・不良) 残数情報など			
<input type="checkbox"/> 他院処方薬 (有・無)			
<input type="checkbox"/> OTC、健康食品など (有・無)			
<input type="checkbox"/> 副作用確認 (情報元:本人・家族・その他)			
<input type="checkbox"/> 発熱		<input type="checkbox"/> 便秘、下痢などの消化器症状	
<input type="checkbox"/> 嘔気、食思不振		<input type="checkbox"/> [_____]	
<input type="checkbox"/> 皮膚症状		<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> その他			
		薬局名称	_____
		保険薬剤師	_____ 印

スキャン依頼	_____
FAX確認	_____