化学療法 薬薬連携 情報共有シート（千葉徳洲会病院薬剤部宛て）

年　　月　　日

千葉徳洲会病院　薬剤部
送付先　FAX：047-464-6322

薬 局 名
薬剤師氏名
住　　所
電話番号
ＦＡＸ番号

処方医師　　科　　先生

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】

※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。FAX 番号間違いに注意して下さい。

※千葉徳洲会病院　薬剤部　記載欄　□ＦＡＸ受付内容確認済み（確認日付　　）
□電子カルテ等の記載・伝達済み（日付　　）
□対応薬剤師名

備考欄