**国立埼玉病院　薬剤部**

**FAX：048-461-8931**

特定薬剤管理指導加算2報告用紙

処方医：　　　　　　　科　　　　　　　　　先生御机下　報告日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID:  患者名：  生年月日： | 保険薬局 名称・住所  TEL：　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |

患者の服用状況や副作用の有無等を患者等に確認し、下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供　 服薬状況  抗がん剤の副作用発現状況  処方内容に関連した提案  その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容 | |

＜注意＞ このFAXによる伝達・情報提供は、**疑義照会ではありません**。

**特定薬剤管理指導加算2以外の目的での使用はしないで下さい。**

（注：この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。）

2020年9月作成版