



## 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:	保険薬局 名称・住所
患者名:	TEL : _____ FAX : _____
生年月日:	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したので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 服薬状況
	<input type="checkbox"/> 抗がん剤の副作用発現状況	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案
	<input type="checkbox"/> 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。)