

**【特定薬剤管理指導加算2】がん化学療法服薬情報提供書**

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
交付年月日 20 年 月 日	電話番号：
患者 ID：	FAX 番号：
患者名：	担当薬剤師名：
生年月日：	
<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。	
対応者（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ））	

下記の通りご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

電話等を用いて患者に服用状況・副作用の有無等について確認した日 年 月 日
【報告事項】 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> Grade2 以上の副作用（抗がん薬） <input type="checkbox"/> 副作用対策（抗がん薬） <input type="checkbox"/> 残薬報告 <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（ ）
【上記選択肢について詳細内容を記載ください】 ※当院発行の「自己管理のための日記帳」に貼付している、該当レジメンの「注意する副作用」についてアセスメントをお願いします。（重症度（CTCAE を用いて）、発現日（点滴後●日目など）、経過） ※残薬報告においては、残薬が生じた理由をお書きください。
【薬剤師としての所見・提案事項を記載ください】 ※副作用については患者への提案内容（日常生活におけるケアや注意点）などについてお書きください。 ※残薬の状況においてはアドヒアランス向上のための方策などについてお書きください。

<注意>本文書による情報伝達は、**疑義照会ではありません。**

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。