

福岡赤十字病院 化学療法情報提供書

連携充実加算算定患者様に服薬状況と副作用発現状況の確認をしましたので報告いたします

____年 ____月 ____日
医師名 _____ 科 _____ 先生
患者 ID _____
患者氏名 _____

保険薬局名 _____
薬剤師名 _____
TEL _____
FAX _____

対応者 本人 ご家族

抗がん薬 服用状況 内服薬あり
 良好
 問題あり
 内服薬なし

副作用対策の必要性 なし
 あり

医学薬学的管理上必要な事項

返信欄 薬剤師名(_____)
 内容確認しました 主治医に報告します 薬剤師が介入します
 その他(_____)

福岡赤十字病院 薬剤部
FAX:092-523-5021 (化学療法情報提供書 送付先)
TEL:0570-03-1211