



FAX: 暇生会脳神経外科病院 薬剂部 072-877-1035

暇生会脳神経外科病院 御中 報告日: 年 月 日

化学療法情報提供書

※この FAX による情報伝達は疑義照会ではありません

診療科	保険薬局名:
処方医 先生 御机下	所在地:
処方箋交付日 年 月 日	電話番号:
患者 ID:	FAX 番号:
患者名:	担当薬剂師名:
<input type="checkbox"/> この報告に対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この報告に対して患者の同意を得ていませんが、治療上重要と考えられるので報告いたします。	

下記のとおり、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。

【抗がん剂】

経口 () 注射 () その他 ()

【情報提供事項】

服薬状況 処方内容 有害事象 検査値異常 その他 ()

【詳細内容】

【薬剂師としての所見・提案事項】