

聖マリ式 服薬情報レポート(服薬情報提供書) ver. 1

抗がん剤

報告日： 年 月 日

添付資料 ☐無 ☐有(枚:この用紙を含む)

処方医 科 先生	保険薬局名 所在地 TEL FAX
患者診察券番号: 患者氏名: 生年月日: 年 月 日	担当薬剤師名
情報提供に対する患者同意: ☐ あり ☐ ないが、治療上重要と考え報告いたします。	

処方箋発行日: 年 月 日
服薬状況などに関して以下の通り報告いたします。

- ☐ Grade 2 以上の副作用症状報告
- ☐ 事前に処方されている支持療法薬で対応できていない症状
 - ☐ 症状の増悪を繰り返し、コントロールできていない症状
 - ☐ Grade3に症状が悪化することが予想される症状

- ☐ 緊急性はないが次回の診察に必要と思われる情報提供
(例: 服薬コンプライアンスに関連する情報など)

経緯・詳細;

薬剤師からの提案;

ご提案への回答は、次回処方または治療日誌をもって対応とさせていただきます。
緊急性の高い情報、疑義照会は医師に直接電話での連絡をお願いいたします。

2020年7月 聖マリアンナ医科大学病院薬剤部
(TEL: 代表044-977-8111, 内線80846または5240 / FAX: 044-977-5752)