

フォローアップシート(化学療法)

処方箋交付日： 年 月 日	保険薬局名：
処方医師名 科 医師	薬局住所：
患者 ID：	
患者氏名：	薬局電話番号：
生年月日： 年 月 日	薬局担当薬剤師氏名：
この情報を伝えることに対し、患者又は代諾者からの同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします	

<服薬状況>

支持療法 対象薬品名 _____

 指示どおり使用している 指示どおり使用していない

コメント _____

経口抗がん剤のアドヒアランス

 良好 飲み忘れがある _____ のため、服用できない

コメント _____

<副作用の状況>

副作用名 _____

生活への影響 あり なし

提案事項、コメント

【注意】

- ・このシートは疑義照会ではありません。
緊急性を要する疑義照会につきましては、従来どおり電話等での対応をお願い致します。
- ・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。
- ・この用紙に該当事項を記載し、下記の宛先まで郵送して下さい。

東京通信病院薬剤部 外来化学療法担当 宛

〒102-8798

東京都千代田区富士見 2-14-23

TEL 03(5214)7033