



東北大学病院 御中

報告日: 20 年 月 日

服薬情報提供書

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名: 所在地: 〒
交付年月日 20 年 月 日	電話番号:
処方 No	FAX 番号:
患者 ID: 患者名:	担当薬剤師名: 印 (<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 非)
<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。	
MMWIN 関連情報 (<input type="checkbox"/> MMWIN 登録患者 (<input type="checkbox"/> 検査値 <input type="checkbox"/> カルテ情報 <input type="checkbox"/> その他 ()) <small>*: 当院では MMWIN への患者登録を推進しております。本レポート作成時に利用した MMWIN のカルテ情報の状況を記載ください。</small>	

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。

【院外処方箋に関する問い合わせ簡素化プロトコール; 合意書 No _____ (数字のみ)】 <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する⇒プロトコール項目番号 () <small>※: 項目番号②~⑤のうち薬剤料が高くなった場合及び⑥~⑫については、トレーシングレポートによる報告が必要です。</small>
【報告事項】 <input type="checkbox"/> 抗がん薬 (化学療法) 関連 <input type="checkbox"/> 服用薬剤調整支援に関する提案 <input type="checkbox"/> 疑義照会 (修正あり・修正なし) <input type="checkbox"/> 残薬報告 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <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 ()
【上記選択肢詳細内容】
【薬剤師としての所見・提案事項】