



## 特定薬剤投与中の副作用（血球減少）に関する情報提供書

報告日                    年           月           日

先生御侍史	保険薬局名称・住所
患者氏名	TEL :
患者ID	FAX :
生年月日	担当薬剤師 :
この情報を伝えることに対して患者さんから同意を <input type="checkbox"/> 取得しました。 <input type="checkbox"/> 取得していないが、治療上重要と考えられるため報告します。	

医療機関からの処方せんおよび患者聴取情報に基づき、必要な薬学的管理及び指導を行いました。  
 下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

聞き取り日	年           月           日	対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 (                    )
	<input type="checkbox"/> 調剤時 <input type="checkbox"/> 患者さんから薬局への問い合わせ <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時		

【対象薬剤】 <input type="checkbox"/> イムラン錠 <input type="checkbox"/> メルカゾール錠 <input type="checkbox"/> メトレート錠   4.その他 (                    )
【服用開始日】 (分かる範囲で結構です)                    年           月～服用中

【副作用評価】

主な副作用	発現の有無	発現時期	詳細
咽頭痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
発熱・悪寒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
鼻・歯茎出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
動悸	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
脱毛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
息切れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
血尿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
疲労感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
水様便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

【備考欄】

【提案（上記に対する保険薬局からの提案等）】

次回当該科診察日

〈注意〉 このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

なお、緊急性のある問い合わせや疑義照会につきましては、従来通り各診療科へご連絡ください。