

特定薬剤投与継続中の副作用に関する情報提供書

報告日 年 月 日

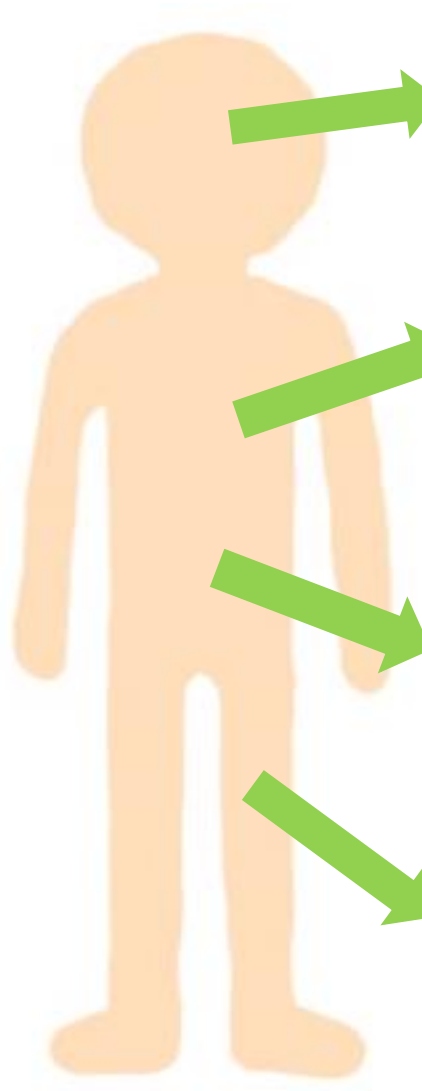
診療科 <div style="text-align: right;">先生御侍史</div>	保険薬局名称・住所
患者氏名 患者ID 生年月日	TEL : FAX : 担当薬剤師 :
この情報を伝えることに対して患者さんから同意を <input type="checkbox"/> 取得しました。 <input type="checkbox"/> 取得していないが、治療上重要と考えられるため報告します。	

医療機関からの情報提供に基づき、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			

【対象薬剤名】
【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】	症状	詳細
	<input type="checkbox"/> めまい・ふらつき	
	<input type="checkbox"/> 視力異常・眼症状	
	<input type="checkbox"/> 鼻出血・歯肉出血	
	<input type="checkbox"/> 聴覚異常・味覚異常	
	<input type="checkbox"/> 息苦しい	
	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	
	<input type="checkbox"/> 咳	
	<input type="checkbox"/> 動悸	
	<input type="checkbox"/> 腹痛	
	<input type="checkbox"/> 下痢・便秘	
	<input type="checkbox"/> 便潜血	
	<input type="checkbox"/> 排尿痛・尿閉・血尿	
	<input type="checkbox"/> 歩行困難	
	<input type="checkbox"/> 手足の疼痛・しびれ	
	<input type="checkbox"/> 手足の浮腫み	
<input type="checkbox"/> 下肢の脱力感		
<input type="checkbox"/> 発熱		
<input type="checkbox"/> 倦怠感		
<input type="checkbox"/> 皮膚症状・掻痒感		

【提案 (上記に対する保険薬局からの考察・提案等)】

<input type="checkbox"/> 上記聴取内容について、患者様へ当院へ情報提供する旨、説明済みです。

次回当該科診察予定日 (分かる範囲で結構です)

< 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、従来通り直接各診療科へご連絡ください。