

# (がん化学療法) 薬薬連携申込シート

FAX送信日 月 日 ( )

病院名		←	薬局名	
			住所	
担当薬剤師名			電話番号	
			FAX番号	
			薬剤師名	
			キビタンIDの取得	済み ・ 取得手続き中

下記の患者から診療情報共有同意で取得しましたので、診療情報の内容について、ご指導をお願いいたします。

患者名		ID番号	
診療科		主治医	
患者同意取得日			
指導頂きたい内容	<input type="checkbox"/> 治療経過 <input type="checkbox"/> 服薬指導のポイント (代表的な副作用チェック方法) <input type="checkbox"/> その他 (記述) ( )		
指導希望方法	<input type="checkbox"/> 病院訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> ファックス <input type="checkbox"/> その他 ( )		
指導希望日時	<input type="checkbox"/> 月 日 時 ~ 時 <input type="checkbox"/> いつでも可		

## ※病院薬剤師回答欄

申し出を受理します。

担当薬剤師名

連絡電話番号