

がん化学療法における治療情報提供書 (保険薬局→名寄市立総合病院)

西暦 年 月 日

患者番号			
カナ			
患者氏名	様		
発信元 ・ 宛先			
・ 保険薬局名			
・ 電話番号 ・ FAX			
・ 薬剤師名			
問合せ ・ 連絡内容			
副作用の疑い (Gradeの評価はCTCAE v5.0 の基準により行ってください)			
副作用名 :	Grade	副作用名 :	Grade
副作用名 :	Grade	副作用名 :	Grade
副作用名 :	Grade	副作用名 :	Grade
副作用名 :	Grade	副作用名 :	Grade
副作用名 :	Grade	副作用名 :	Grade
副作用名 :	Grade	副作用名 :	Grade
連絡事項			
病院薬剤師からの回答			
西暦 年 月 日			
薬剤師 :			

内容を記載の上、連絡先に FAX をお願い致します。

名寄市立総合病院薬剤部D室 TEL 01654-2-5057 FAX01654-2-5057

病院代表 TEL 01654-3-3101 内線1516