

## 患者さんへ

現在処方されているお薬は正しく服用できているかが治療効果に大きく影響します。お薬をもらう薬局で薬剤師から服用方法について指導を受けてください。また今までと同じお薬でも服薬状況や、副作用が出ていないかを確認させてください。

この依頼書にて診療医師から薬局薬剤師に、患者さまの病名や治療法に関する情報をお伝えします。薬剤師が患者さまの診療情報を把握することにより細やかに適切な指導を行うことができ、さらに安全で有効な服薬指導が可能になります。

## 【ホルモン療法指導依頼書】 (医師→薬剤師)

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

<FAX送信先(連絡先)>  
0898-47-2600 (薬剤部)

患者ID \_\_\_\_\_ 依頼日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 患者名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 性別 \_\_\_\_\_  
 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体表面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

\* 以下、該当する項目の□にチェックを入れてください。

【告知】  済み  
 未 ( \_\_\_\_\_ )

【依頼内容】  初回指導  継続指導(2回目以降)  変更指導

【対象薬剤】 一般名(商品名)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> タモキシフェン(ノルバデックス)  | <input type="checkbox"/> レトロゾール(フェマーラ)         |
| <input type="checkbox"/> トレミフェン(フェアストン)    | <input type="checkbox"/> メドロキシプロゲステロン(ヒスロンH)   |
| <input type="checkbox"/> エキセメスタン(アロマシン)    | <input type="checkbox"/> エチニルエストラジオール(プロセキソール) |
| <input type="checkbox"/> アナストロゾール(アリミデックス) | <input type="checkbox"/> その他                   |

( \_\_\_\_\_ )

【患者背景】

骨粗鬆症  なし  あり副作用歴  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )前治療  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

【備考】 \_\_\_\_\_

<医師向け説明>この「ホルモン療法依頼書」は、病院の医師と保険薬局の薬剤師の間で情報を共有して、治療に役立てる為のものです。医師は必要事項をご記入の上、患者さんに本依頼書を院外処方箋とともに保険薬局へ提出し服薬指導を受けていただくようご説明ください。保険薬局で服薬指導後、「ホルモン療法指導報告書」が当院に送信されます。

<保険薬局向け説明>この「ホルモン療法指導依頼書」を受け、規定の「ホルモン療法指導報告書」に記入し当院まで送信お願いいたします。「ホルモン療法指導報告書」等はサイボウズと当院HP上にありますので、ダウンロードしてご使用ください。