上野総合市民病院（薬剤部）

 保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

上野総合市民病院 薬剤部 宛 報告日： 令和 年 月 日

# 【特定薬剤管理指導加算２】服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者 ID：患者名：   | 保険薬局（名称・所在地）    |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を □得た。 □得ていない。 □患者は主治医への報告を拒否してますが、治療上重要だと思われるため報告します。 抗がん剤レジメン（　　　　　　　　　　　　　） | 電話番号：  |
| FAX番号：  |
| 担当薬剤師名：  |

確認日　　令和　　年　　月　　日　　□電話　　　　□在宅訪問　　□薬局投薬時（算定無）

　　　　　□本人　　　　　　　　□家族等

 ＜副作用発現状況＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ｱﾄﾞﾋｱﾗﾝｽ  |   | 食欲不振  |   | 末梢神経障害  |   |
| 発熱  |   | 嘔吐  |   | 手足症候群  |   |
| 咳・息切れ  |   | 下痢  |   | 皮膚障害  |   |
| 倦怠感  |   | 便秘  |   | 口内炎  |   |
| その他   |  |  |

 ＜薬剤師からの提案事項・その他報告事項＞

|  |
| --- |
|   |

ーーーーーーーーーーーーー返信欄（薬剤部 → 保険薬局）ーーーーーーーーーーーーー

□ 内容確認し医師等に報告・情報共有しました。

□ その他

|  |
| --- |
|   |

 返信記載日： 年 月 日 担当薬剤師