



【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 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、 治療上重要だと思われるため報告します。	電話番号:
	FAX 番号:
	担当薬剤師名:

【報告事項】

<治療内容>

- 経口 () 注射レジメン (内服併用も含む) ()
 その他 ()

<聞き取り方法> (日時: 年 月 日)

- 電話 在宅訪問 薬局聞き取り

<副作用発現状況>

アトピアス		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>

-----返信欄 (化学療法室 → 保険薬局)-----

- 内容確認し医師等に報告・情報共有しました。
 その他

情報提供ありがとうございました。

返信記載日: 年 月 日 担当薬剤師