



FAX: 横浜南共済病院 (化学療法室) 045-786-2686

保険薬局 → 化学療法室 → 主治医

横浜南共済病院 化学療法室 宛

報告日: 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 <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  ( )  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

<自由記載>

----- 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