FAX の流れ：保険薬局→薬剤部→処方医

兵庫県立淡路医療センター 薬剤部

FAX：0799-24-7332

報告日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日

【特定薬剤管理指導加算２】化学療法用の服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　科 | 保険薬局 名称・所在地        電話番号：  FAX番号： |
| 先生 御机下 |
| 患者ID： |
| 患者名： |
| 患者生年月日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 処方箋交付日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 調剤日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 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いますが、治療上重要だと思われますので報告します。 | |
| ご自宅での状況について報告いたします。  レジメン名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】　　　　化学療法実施日【　　　　　　　　月　　　　　　　日】   |  |  | | --- | --- | | 聞き取り日時／方法 | 月　　　　　日　　　　　時／　　　　□電話　　　　□在宅訪問　　　　□薬局聞き取り | | 次回診察予定 | 月　　　　　日 |   ＜抗がん薬・分子標的薬・支持療法薬の服薬状況＞  □服薬できている　　　　□しばしば服用しないことがある　　：（医薬品名・頻度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　理由：　　□飲み忘れ　　　□治療に消極的　　　□残薬　　　□副作用の発現  　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　頓服の支持療法使用　（　□なし　　　□あり　　：（医薬品名・頻度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＜副作用発現状況　（　発現時期・頻度・CTCAEのGrade評価など詳細　）　＞   |  | | --- | | * なし　　　□　　あり　　※治療開始前からあった症状は、悪化した場合「あり」に☑   （　あり：□　嘔吐、□　悪心、□　食欲不振、　□　下痢、　□　皮膚症状、　□　口内炎、　□　しびれ、  　　　　　□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 薬剤師としての提案事項・その他報告事項 | |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊病院記入欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |
| --- |
| □内容を確認し、処方医に報告しました。  □その他  記入日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日 記入者： |