

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 _____ 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地										
患者 ID: _____ 患者名: _____	電話番号: _____ FAX 番号: _____										
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 <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【 _____ 年 _____ 月 _____ 日】											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">聞き取り日時／方法</td> <td style="width: 20%;">_____ 月 _____ 日 _____ 時／</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 電話</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 在宅訪問</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 薬局聞き取り</td> </tr> <tr> <td>次回診察予定</td> <td>_____ 月 _____ 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	聞き取り日時／方法	_____ 月 _____ 日 _____ 時／	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 在宅訪問	<input type="checkbox"/> 薬局聞き取り	次回診察予定	_____ 月 _____ 日				
聞き取り日時／方法	_____ 月 _____ 日 _____ 時／	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 在宅訪問	<input type="checkbox"/> 薬局聞き取り							
次回診察予定	_____ 月 _____ 日										
<抗がん薬・分子標的薬・支持療法約の服薬状況> <input type="checkbox"/> 服薬できている <input type="checkbox"/> しばしば服用しないことがある : (医薬品名・頻度 _____) 理由: <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 治療に消極的 <input type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> 副作用の発現 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 頓服の支持療法使用 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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) > <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 嘔吐、 <input type="checkbox"/> 悪心、 <input type="checkbox"/> 食欲不振、 <input type="checkbox"/> 下痢、 <input type="checkbox"/> 皮膚症状、 <input type="checkbox"/> 口内炎、 <input type="checkbox"/> しびれ、 <input type="checkbox"/> 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: _____