



かねこクリニック薬剤部 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)

診療科:	保険薬局 名称・所在地:
主治医:	
患者ID:	電話番号:
患者氏名:	FAX番号:
	担当薬剤師:
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るが、治療上重要だと思われるため報告する	

報告内容:

治療レジメン名:	レジメン治療の対象疾患:
----------	--------------

直近の(注射)抗がん剤投与日: 年 月 日
 聞き取り(情報収集)日時: 年 月 日 時ころ (Day: 相当)
 当該科の次回診察予定: 年 月 日
 次回受診予約までの間に、当院他科での診療予約がある→ 年 月 日

副作用症状の確認

- | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 悪心 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 食事摂取量低下 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 水分摂取量低下 |
| <input type="checkbox"/> のぼせ | <input type="checkbox"/> 発汗あり | <input type="checkbox"/> 家庭血圧の上昇 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 疼痛 (部位: 程度:) | |
| 呼吸器症状: <input type="checkbox"/> 咳嗽・咳 | <input type="checkbox"/> 息切れ・呼吸苦 | |
| 皮膚症状: <input type="checkbox"/> かさつく | <input type="checkbox"/> ひび割れ | <input type="checkbox"/> 皮がむける |
| 爪の症状: <input type="checkbox"/> 荒れている | <input type="checkbox"/> 着色(色素沈着) | <input type="checkbox"/> 割れる |

保険薬局薬剤師から患者に対して行った追加の指導内容等:

保険薬局薬剤師から病院(主治医)あての報告・提案等:

返信欄(かねこクリニック→保険薬局)
 内容確認し医師等に報告・情報共有しました。
 ご連絡事項・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