



FAX : 鶴岡市立荘内病院 (薬局) 0235-26-5144

保険薬局 → 薬局 / 化学療法室 → 主治医

鶴岡市立荘内病院 薬局 / 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)**

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"/> 口内炎         | <input type="checkbox"/> しびれ           | <input type="checkbox"/> 倦怠感・疲労感 |
| <input type="checkbox"/> のぼせ         | <input type="checkbox"/> 発汗            | <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 (鶴岡市立荘内病院 → 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

返信記載日  
 年 月 日  
 担当薬剤師

情報提供ありがとうございました。