



FAX: 神奈川県立循環器呼吸器病センター 045-780-1426

神奈川県立循環器呼吸器病センター 薬剤科 宛 報告日: 年 月 日

〈注意〉 このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り担当医への電話にてお願いいたします。

【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: 年齢: 保険薬局（名称・所在地） 患者イニシャル（姓・名）: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 診療科:	
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

＜副作用発現状況＞

食欲不振		末梢神経障害		発熱	
嘔吐		手足症候群		咳・息切れ	
下痢		皮膚障害		倦怠感	
便秘		口内炎			
その他					

＜薬剤師からの提案事項・その他報告事項＞

-----返信欄（薬剤部 → 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