**FAX:横浜市立大学附属病院　０４５-７８７-２８６７**

横浜市立大学附属病院　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）**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：　　　　　　　年齢：患者イニシャル（姓・名）：□ 男　□ 女　　　　 診療科： | 保険薬局（名称・所在地） |
| 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＞

□ 経口（ ） 　□　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＞

|  |
| --- |
|   |

ーーーーーーーーーーーーー返信欄（薬剤部 → 保険薬局）ーーーーーーーーーーーーー

* 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

（横浜市立大学附属病院 薬剤部 2021.1）