次回外来予約日：　　　年　　月　　日

　報告日：　　　年　　月　　日

**トレーシングレポート**

**化学療法**

|  |  |
| --- | --- |
| 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：印 |
| 担当薬剤師名： |
| □この情報を伝えることに対して患者の同意を得た。□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ますので報告致します。 |

**薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算２について報告致します。**

①来局時　（　　　　年　　月　　日）

　　　　　　　　　　　　　　　　　 生活への支障

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

②服用状況・有害事象確認（　　　年　　月　　日）

□電話訪問　□訪問薬剤　□その他（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　生活への支障

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(grade\_\_)

**【有害事象】**

**※ ☑有りの場合は早めにご報告ください**

※有害事象は地域連携シートを参考にしてください

**【服用状況　□良好　□不良　□不安あり】**

提案事項・要約内容

詳細

聖隷浜松病院薬剤部　確認者

印

**-------------------------------医師返信欄-------------------------------**

 □ 報告内容を確認しました。

　□ 次回から提案通りの内容に変更します。

　□ 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。

　□ 提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

　　　　　　　　　　 　　　年 　　　月 　　　日 　　医師名