国立病院機構相模原病院　薬剤部　御中　　　　　　　　保険薬局⇒薬剤部（⇒主治医/担当医）

**【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）**

**≪がん薬物療法連携レポート≫**

報告日： 　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：  患者氏名： | 処方医  　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　医師 |
| 保険薬局名・所在地・連絡先  担当薬剤師： |
| この情報を伝えることに対する患者の同意について  □得た　　　　□得ていない  □主治医への報告を拒否しているが、治療上重要と思われるため報告する |

【聞き取り方法】　（日時：　　　　年　　　　月　　　　日）

☐　薬剤交付時　　☐　電話フォローアップ　　□　患者からの相談　　□　在宅訪問　　☐　その他（　　　　　　　　）

【報告事項】　目的：　□ 情報提供　　□ 質問　　□ 提案　　□　その他（　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 〇治療日または処方日：　　　　　年　　　　月　　　　日  【治療レジメンまたは抗がん薬】：　　　　　　　　　　がん種： |
| 副作用症状の発現状況の確認（CTCAE Ver.5.0をもとにしたGrade評価で記載してください）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 食欲不振 |  | 下痢 |  | 口内炎 |  | 倦怠感 |  | 末梢神経障害 |  | 皮膚障害 |  | | 嘔吐 |  | 便秘 |  | 咳・息切れ |  | 発熱 |  | 手足症候群 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   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： |
| 特定薬剤管理指導加算２の算定　□　あり　　□　なし  レポートへの返答希望　　　　　□ あり（電話）　 □ なし　※必要に応じて連絡をする場合があります。 |
| 医師に報告・共有した内容（病院薬剤師記入欄）  処理日：　　年　　月　　日　　担当薬剤師： |

＜注意＞このFAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは電話にてお願いいたします。