



横浜医療センター薬剤部 / 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 :  咳嗽・咳  息切れ・呼吸苦  
 皮膚症状 :  かさつく  ひび割れ  皮がむける  
 爪の症状 :  荒れている  着色 (色素沈着)  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 (横浜医療センター → 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。