

トレーシングレポート(特定薬剤管理指導加算2に係る がん薬物療法情報提供書 専用)

診療科:	保険薬局名:
患者ID:	電話番号:
患者名:	FAX番号:
	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 得ていない

患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要であると思われるため報告します

以下の事項について報告いたします

レジメン名【 _____ 】 化学療法実施日【 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 】

聞き取り方法	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 自宅訪問	<input type="checkbox"/> 薬局聞き取り
聞き取り日時	_____年 _____月 _____日	Day(_____)	

《服薬状況》

服用できている しばしば服用しないことがある 休薬中(_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~)

《服薬しない理由》

飲み忘れ 治療に消極的 副作用発現 その他(_____)

《副作用発現状況》

副作用	グレード	副作用	グレード
<input type="checkbox"/> 悪心	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3	<input type="checkbox"/> 嘔吐	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 (口内炎)	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3	<input type="checkbox"/> 倦怠感	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3
<input type="checkbox"/> 便秘	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3	<input type="checkbox"/> 下痢	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3
<input type="checkbox"/> 関節痛	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3	<input type="checkbox"/> 筋肉痛	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3
<input type="checkbox"/> 末梢性感覚 ニューロパシー (手足のしびれ)	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3	<input type="checkbox"/> その他(_____)	

《自由記載欄》 副作用の詳細や、その他の伝達事項、提案内容の記載にご活用ください

※このトレーシングレポートは、連携充実加算に基づいた、保険薬局から担当医への報告です。
 ※緊急性のある問い合わせや報告は、従来通り疑義照会をお願いします。
 ※トレーシングレポートに対する返信等は行っておりません。次回処方への反映等でご確認ください。

薬剤部 確認印