



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
この情報を伝えることに対する患者の同意について <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 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	保険薬局名・所在地・連絡先 担当薬剤師：

【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（ ）

○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。