



FAX : JA秋田厚生連 雄勝中央病院 (薬剤科) 0183-73-6036

保険薬局 → 薬剤科 / 外来化学療法室 → 主治医

雄勝中央病院 薬剤科 / 外来化学療法室 宛

報告日: 令和 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)

保険薬局 名称・所在地:	電話番号: FAX番号: 担当薬剤師:
患者ID:	診療科:
患者氏名:	主治医:
☐ 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、治療上重要だと思われるため報告する	

報告内容:

治療レジメン名:

直近の来局 (指導) 日時: 年 月 日

聞き取り (情報収集) 日時: 年 月 日 時 ころ

副作用症状の確認

- | | | |
|-------------------------------|--|----------------------------------|
| ☐ 悪心 | ☐ 嘔吐 | ☐ 食事摂取量低下 |
| ☐ 下痢 | ☐ 便秘 | ☐ 倦怠感・疲労感 |
| ☐ 口内炎 | ☐ しびれ | ☐ 皮疹・掻痒感 |
| ☐ 発熱 | ☐ 浮腫 | ☐ 家庭血圧の上昇 |
| ☐ 視覚異常 | ☐ 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 (雄勝中央病院 → 保険薬局)

☐ 内容確認し医師等に報告・情報共有しました。

☐ 連絡事項・その他

返信記載日

令和 年 月 日

担当薬剤師

情報提供ありがとうございました。