名古屋市立西部医療センター 薬剤科　御中 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： 　　　　　　　科処方医：　　　　　　　　　　先生御侍史 | 保険薬局　名称・所在地電話番号： FAX番号：担当薬剤師名： |
| 患者ID：患者名： |
| [ ] 患者同意のもと報告します[ ] 患者の同意はありませんが、治療上必要性があるため報告します |
| 患者情報確認日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　時ごろ　 |

|  |
| --- |
| ご自宅での状況について報告いたしますレジメン名【　　　　　　　　　　　　　】　または化学療法に使用した抗がん剤名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】化学療法実施日【　　　月　　　日】＜処方薬の服薬状況＞ ※服薬状況に問題がある場合は理由を記載＜副作用発現状況＞[ ] なし　　[ ] あり ※治療開始前からあった症状については、悪化した場合「あり」に☑ |
| 薬学的観点からみた情報提供・その他報告事項[ ] 特になし  |

**FAX送付先：名古屋市立西部医療センター 薬剤科　052-991-8207**

本件に関する問い合わせ：052-991-8121（代表）　内線：6306、6897

※トレーシングレポートは、次回診察日までに情報提供したい内容について明瞭簡潔に記載をお願い致します。緊急性の高い場合は各診療科へ疑義照会をお願い致します。