　　　　　　　　　　受付番号　　　-

〈送付先〉

〒924-8588

石川県白山市倉光三丁目8番地

公立松任石川中央病院　薬剤室

トレーシングレポート**（特定薬剤管理指導加算2に関わる情報提供書）**

担当医：　 　　 科　　　 医師　　　　　　報告日（西暦）：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者番号：  患者氏名：  患者生年月日： | 保険薬局 名称：  住所：  TEL：　　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| この情報提供を行うことに関して患者さんの同意を得ています。  　患者さんの同意は得られておりませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。 | |

|  |
| --- |
| がん化学療法レジメン名称： |
| 報告対象薬剤の名称： |
| 【該当する情報提供項目にチェックをお願いします】  　抗がん薬によると思われる有害事象の報告（可能であればCTCAE 5.0 に基づき報告してください）  　抗がん薬以外の薬剤によると思われる有害事象の報告  　抗がん薬および支持療法の服薬状況の報告  　その他 |
| 【患者さんの状態確認を行った状況にチェックをお願いします】  　薬剤交付時　 　電話でのフォローアップ時　 　患者さんからの相談時（薬剤交付日以降） |
| 【服薬状況】□ 良好 □ やや不良 □ 不良  \*良好以外の場合は、「その他報告事項」欄に理由を記載して下さい。 |
| 【提案事項・その他報告事項】 |

※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、従来通り疑義照会でお願いします。

※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をご確認ください。

**【注意】この情報提供は疑義照会ではありません。**

薬剤室 確認者印

保険薬局 → 薬剤室 → 主治医