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