**FAX:橋本市民病院（薬剤部）0736-34-6115**

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医局

橋本市民病院　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）**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　科　先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：患者名：　 | 電話番号：  |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名：　 |
| 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ますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご自宅での状況について報告いたします。レジメン名【　　　　　　　　　】化学療法実施日【　　　月　　　日】

|  |  |
| --- | --- |
| 聞き取り方法 | [ ]  電話　[ ]  在宅訪問　[ ]  薬局聞き取り |
| 聞取り日時 | 　月　　　日　　　時 　Day( ) |
| 次回診察予定 | 月　　　　日 |

　　＜服薬状況＞　 [ ]  服薬できている [ ]  しばしば服薬しないことがある [ ]  休薬中（ 　/ 　～）（しばしば服用しないことがある、休薬中に該当した場合）理由：[ ]  飲み忘れ [ ]  治療に消極的 [ ]  残薬 [ ]  副作用の発現 [ ]  その他（ ）＜副作用発現状況＞[ ]  なし　[ ]  あり ※治療開始前からあった症状は、悪化した場合「あり」に☑ |
| 薬剤師としての提案事項・その他報告事項  |

（橋本市民病院 薬剤部 2020.5）