

特定薬剤管理指導加算2 がん服薬情報提供書

報告日： 年 月 日

患者ID：		保険薬局名：
患者氏名：		住所：
生年月日：	年 月 日生	TEL：
診療科：		FAX：
主治医：	医師	保険薬剤師名：
状況確認日：	年 月 日	( 確認方法： <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> 対面 )
※事前の電話連絡（緊急を要する事項） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
情報を提供することの患者の同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない		
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要と思われるため報告		

管理・指導情報

報告種別	<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> 副作用	<input type="checkbox"/> その他																								
<p>&lt;薬剤師からの情報提供・提案事項&gt;</p> <p>■有害事象 CTCAE ver5.0 で評価し、該当する「なし」または Grade に○を、支持薬の使用状況も右記に記載をお願いします。 Grade3 以上の場合はトレーシングレポート送信に関わらず医師に直接報告をお願いします。</p> <table border="1"> <tr> <td>悪心・嘔吐</td> <td>なし Grade 1 2 3 4 ( )</td> <td>食欲不振</td> <td>なし Grade 1 2 3 4 ( )</td> </tr> <tr> <td>便秘</td> <td>なし Grade 1 2 3 4 ( )</td> <td>下痢</td> <td>なし Grade 1 2 3 4 ( )</td> </tr> <tr> <td>倦怠感</td> <td>なし Grade 1 2 3 ( )</td> <td>しびれ</td> <td>なし Grade 1 2 3 4 ( )</td> </tr> <tr> <td>手足症候群</td> <td>なし Grade 1 2 3 ( )</td> <td>皮膚障害</td> <td>なし Grade 1 2 3 4 ( )</td> </tr> <tr> <td>浮腫</td> <td>なし Grade 1 2 3 4 ( )</td> <td>口内炎</td> <td>なし Grade 1 2 3 4 ( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>なし Grade 1 2 3 4 ( )</td> <td>( )</td> <td>なし Grade 1 2 3 4 ( )</td> </tr> </table> <p>《記載欄》</p>				悪心・嘔吐	なし Grade 1 2 3 4 ( )	食欲不振	なし Grade 1 2 3 4 ( )	便秘	なし Grade 1 2 3 4 ( )	下痢	なし Grade 1 2 3 4 ( )	倦怠感	なし Grade 1 2 3 ( )	しびれ	なし Grade 1 2 3 4 ( )	手足症候群	なし Grade 1 2 3 ( )	皮膚障害	なし Grade 1 2 3 4 ( )	浮腫	なし Grade 1 2 3 4 ( )	口内炎	なし Grade 1 2 3 4 ( )	( )	なし Grade 1 2 3 4 ( )	( )	なし Grade 1 2 3 4 ( )
悪心・嘔吐	なし Grade 1 2 3 4 ( )	食欲不振	なし Grade 1 2 3 4 ( )																								
便秘	なし Grade 1 2 3 4 ( )	下痢	なし Grade 1 2 3 4 ( )																								
倦怠感	なし Grade 1 2 3 ( )	しびれ	なし Grade 1 2 3 4 ( )																								
手足症候群	なし Grade 1 2 3 ( )	皮膚障害	なし Grade 1 2 3 4 ( )																								
浮腫	なし Grade 1 2 3 4 ( )	口内炎	なし Grade 1 2 3 4 ( )																								
( )	なし Grade 1 2 3 4 ( )	( )	なし Grade 1 2 3 4 ( )																								

本トレーシングレポートに対する病院からの返信：  希望します。  病院の判断に委ねます。

病院側記入欄

<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました	<input type="checkbox"/> 処方変更なく経過観察します	<input type="checkbox"/> 提案内容を考慮して対応します
返信欄		
年 月 日 薬剤師		

<注意>この FAX による情報伝達は疑義照会ではありません。至急を要する報告内容や疑義照会は従来通りの方法でご連絡ください。