**FAX　0238-22-2624　　米沢市立病院 地域連携室** **宛**＊保険薬局→地域連携室→主治医

【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）　　報告日：　　年　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ID　患者名 | 保険薬局　　名称　所在地　電話番号　FAX番号 |
| 診療科　担当医師名 | 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ています。□この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが治療上必要だと思われますので報告いたします。 |

【報告事項】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治療内容レジメン名 |  | 確認日時 |
| 服用状況の評価 | 1. 経口抗がん剤：□あり　□なし
 | 確認日時 |
|  |  |
| 1. 支持療法薬
 | 確認日時 |
|  |  |
| 副作用の有無 | □あり　　□なし | 確認日時 |
| 副作用の現状況 | 症状 | Grade　または　詳細内容 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 〔その他、報告・提案事項〕 |

――――――病院薬剤師確認記入欄―――――――――――――――――――――――――――――――――

|  |  |
| --- | --- |
| 対応薬剤師名 | 保険薬局への連絡・返信など　　年　　月　　　日 |
| 次回外来予定日　 | コメント |

《注意》このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、米沢市立病院薬剤部まで電話またはFAXにてご確認ください。

米沢市立病院　外来化学療法　連携充実加算関連トレーシングレポート**病院指定形式**2020.9作成版