**FAX:京都山城総合医療センター（薬剤部）0774-72-5915**

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医局

京都山城総合医療センター　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 |