兵庫県立加古川医療センター

　薬剤部

FAX：-079-497-7030

保険薬局 → 加古川医療センター→　処方医

トレーシングレポート（特定薬剤管理指導加算２専用）

処方医：　　　　　科　　　　　　　　　　　先生御侍史　報告日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 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：  印 |
| 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。 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | 特定薬剤管理指導加算２に関する報告  使用状況。病状等　　　　　　　　　　　　　 有害事象・アレルギーと思われる症状に関する事項  処方内容に関連した提案事項　　　  血液検査値項目に関連する提案事項  　その他（ 　　　　　　　　　　） |
| ＜特定薬剤管理指導加算２に関する報告＞  **レジメン名：　　　　　　　　　注射抗がん剤投与日：　　　　　　　　　次回診察日：**  **情報確認日：　　　　　　　　　情報確認方法：**　☐ 電話　　　☐ 訪問　　　☐ その他（　　　　　　　　　　　）  ☐ 服用状況  ☐ 副作用状況  ☐ その他  ＜血液検査値項目に対する提案＞  ☐ 保険適応上の検査がされていません。検査の考慮をお願いいたします。（検査項目：　　　　　　　　　　　　　　　）  ☐ 検査項目より薬剤の中止・変更を提案します。  （検査項目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提案：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他薬剤師からの所見及び情報提供・提案内容  ＜その他＞ | |

＜注意＞ このFAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

疑義照会は、通常どおり処方医へ電話にてお願いします。

　　TEL　079-497-7000（代表）　兵庫県立加古川医療センター