



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:	電話番号:
患者名:	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 <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ますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

分類	<input checked="" type="checkbox"/> 特定薬剤管理指導加算2に関する報告 <input type="checkbox"/> 使用状況。病状等 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案事項 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有害事象・アレルギーと思われる症状に関する事項 <input type="checkbox"/> 血液検査値項目に関連する提案事項
<p><特定薬剤管理指導加算2に関する報告></p> 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： <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 服用状況 <input type="checkbox"/> 副作用状況 <input type="checkbox"/> その他 <p><血液検査値項目に対する提案></p> <input type="checkbox"/> 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： _____) <input type="checkbox"/> 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： _____) <input type="checkbox"/> その他(_____) その他薬剤師からの所見及び情報提供・提案内容 <p><その他></p>		

<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