



FAX:天草地域医療センター（薬剤部）
0969-24-4160

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

天草地域医療センター御中

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 :	電話番号 :
患者名 :	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る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
聞き取り日時	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