**石川県立中央病院（薬剤部）　076-237-5104**

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医局

石川県立中央病院　御中 報告日：　　　　　年　　　月　　　日

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）　特定薬剤管理指導加算２**

|  |  |
| --- | --- |
| 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同意を　□得た（患者本人・家族・他　　　　）□得ていない  □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと考えられるため報告いたします。 | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| レジメン名【　　　　　　　　　　】　化学療法実施日【　　　月　　　日】   |  |  | | --- | --- | | 確認方法  （聞きとり方法） | □ 電話　　　　　　　　　□ 石川県立中央病院受診後の来局　□ 在宅訪問　　　　　 □　他の医療機関受診後の来局 | | 聞取り日時 | 月　　　日　　　時 　Day　( ) | | 次回診察予定 | 月　　　　日 |       【服薬状況】（情報提供書の対象薬剤名：　　　　　　　　　　　　）  □ 良好　　□ やや不良　　□ 不良 \*良好以外の場合は、「その他報告事項」欄に理由を記載して下さい。  【副作用の状況】　□ なし　　　□ あり  【提案事項・その他報告事項】 |

＊このFAXによる情報提供は「疑義照会」ではありません。内容を確認したうえて処方医に報告し、

その後電子カルテに保存します。 （石川県立中央病院 薬剤部 2020.9）