石川県立中央病院（薬剤部）　076-237-5104

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

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）