



水戸医療センター薬剤部 宛

報告日： 年 月 日

特定薬剤管理指導加算2に関する情報提供書（トレーシングレポート）

診療科：	保険薬局 名称・所在地： 電話番号： FAX番号： 担当薬剤師：
主治医：	
患者ID：	
患者氏名： (生年月日：西暦 / /)	
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るが、治療上重要だと思われるため報告する	

報告内容：

治療レジメン名：

抗がん薬投与日： 年 月 日
聞き取り日： 年 月 日 (Day:)

抗がん薬服用状況

良好 問題あり

副作用症状の確認（Grade評価）

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 倦怠感 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 爪囲炎 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 | <input type="checkbox"/> 呼吸困難 |
| <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 | <input type="checkbox"/> 咳嗽 |
| <input type="checkbox"/> 悪心 | <input type="checkbox"/> HFS(手足症候群) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 味覚異常 | <input type="checkbox"/> むくみ・腫れ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 | <input type="checkbox"/> ざ瘡様皮疹 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 脱毛 | <input type="checkbox"/> 皮膚乾燥 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 掻痒症 | <input type="checkbox"/> |

保険薬局薬剤師からの情報提供・提案内容等：

-----返信欄-----

<input type="checkbox"/> 内容確認しました。	返信記載日 年 月 日 担当薬剤師
<input type="checkbox"/> 医師等に報告・情報共有しました。	
<input type="checkbox"/> その他：	
情報提供ありがとうございました。	