大牟田市立病院薬剤部
FAX:0944-51-6924

大牟田市立病院　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）

患者 ID： 患者名：	保険薬局名称：
薬品名：	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ます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☑

〇保険薬局薬剤師としての提案事項・その他報告事項

〇大牟田市立病院薬剤部からの連絡：