

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】

年 月 日

〒923-8551 石川県小松市八幡イ12番地7 特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター薬剤課 宛 FAX : 0761-47-1249	住所	〒 _____		
	保険薬局名		薬剤師	
	電話番号	()	—	
	FAX番号	()	—	

- 急を要する（例：Grande3以上あり）
- 急を要しない
- 急を要するか判断が難しい

患者様ID				
フリガナ		男	大正	年 月 日
患者様氏名	様	・女	昭和	年 月 日
			平成	(歳)
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"/> 患者の同意は得ていませんが、治療上重要と判断したため報告いたします				

レジメン名				
注射抗がん剤投与日	年	月	日	
情報確認日	年	月	日	
情報確認方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来客時 <input type="checkbox"/> その他 ()			
服薬・支持療法の使用状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良			
	→「やや不良」または「不良」の理由			
	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 治療に消極的 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> その他 ()			

副作用発現状況 有り 無し → 下記該当項目にチェックをつけてください。

Grade	0	1	2	3
悪心・嘔吐 食欲不振	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 吐き気はあったが食事 摂取量は変わらず	<input type="checkbox"/> 1~5回嘔吐/日	<input type="checkbox"/> 6回以上嘔吐/日、 食事が摂れない
下痢	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 普段より1~3回/日多い	<input type="checkbox"/> 普段より4~6回/日多い	<input type="checkbox"/> 普段より7回/日以上多い
便秘	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 緩下剤、浣腸を不定期使用	<input type="checkbox"/> 緩下剤、浣腸を定期使用	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたす 頑固な便秘
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 軽度の痛みで食事摂取量は 変わらず	<input type="checkbox"/> 痛みを認め食事に工夫を 要する	<input type="checkbox"/> 痛みが強く食事が摂れない
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 多少の痺れはあるが日常 生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 痺れにより動作に支障は 認めない	<input type="checkbox"/> 痺れにより日常生活に 支障がある
手足症候群	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚 の変化（例：紅斑、浮腫）	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化 （例：角層剥離、水疱、 出血、亀裂）	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度な皮膚の 変化（例：角層剥離、 水疱、出血、亀裂）
皮疹	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 体表面積の≤10%を占める	<input type="checkbox"/> 体表面積の10~30%を 占める	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占める
味覚障害	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 味覚の変化はあるが食生活 は変わらない	<input type="checkbox"/> 食生活に変化を伴う味覚の 変化	—
その他		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

自由記載欄

※このFAXによる情報提供は「疑義照会」ではありません。

FAX受け取り () →電子カルテスキャン () →Dr報告 () →CP-Mapに記録記載 ()
 ※緊急を要する場合はDrへ直接電話連絡