



【注意】 このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

【特定薬剤管理指導加算2】 トレーシングレポート（服薬情報提供書）

担当医：	科	医師	報告日：	年	月	日
患者番号：	保険薬局 名称：					
患者生年月日：	所在地：					
患者氏名：	電話番号：					
	FAX番号：					
	担当薬剤師：					
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"/>	得てない
【化学療法レジメン名】			【化学療法実施日】			年 月 日
【聴取した相手】	<input type="checkbox"/>	患者本人	<input type="checkbox"/>	患者家族	<input type="checkbox"/>	その他()
【聞き取り方法】	<input type="checkbox"/>	薬局聞き取り	<input type="checkbox"/>	電話	<input type="checkbox"/>	在宅訪問
【内容】						
<input type="checkbox"/> 有害事象、副作用の疑いに関する報告						
<input type="checkbox"/> 服薬状況、残薬に関する報告						
<input type="checkbox"/> 薬剤に関する提案						
<input type="checkbox"/> その他 ()						
【薬剤師からの情報提供・提案内容、その他報告事項】						

※送信していただいたトレーシングレポートに対する返信などは行っておりませんのでご了承ください。

次回処方への反映等をご確認ください。