



池上総合病院 薬剤部 宛

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

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・所在地）
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るため報告します。	電話番号：
	FAX 番号：
	担当薬剤師名：

**【報告事項】**

## &lt;治療内容&gt;

- 経口（ ）  注射レジメン(内服併用も含む)（ ）  
 その他（ ）

## &lt;聞き取り方法&gt;（日時： 年 月 日）

- 電話  在宅訪問  薬局聞き取り

## &lt;副作用発現状況&gt;

アトピランス		食欲不振		末梢神経障害	
発熱		嘔吐		手足症候群	
咳・息切れ		下痢		皮膚障害	
倦怠感		便秘		口内炎	
その他					

## &lt;薬剤師からの提案事項・その他報告事項&gt;

-----返信欄（薬剤部 → 保険薬局）-----

- 内容確認し医師等に報告・情報共有しました。  
 その他

情報提供ありがとうございました。

返信記載日： 年 月 日 担当薬剤師