　特定薬剤管理指導加算2に係る治療経過報告書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科名　　　　　　　　　　　　　 科  処方医名  先生　御机下 | 情報提供元　保険薬局の名称 |
| 処方箋交付年月日　 　　年　　月　　日 | 電話番号： |
| 患者ID：  ※処方箋に記載されている7桁の番号を記入してください  患者名：　　　　　　　　　　　　　 様  生年月日：明 大昭 平 令　　年　 月　 日 | FAX番号： |
| 担当薬剤師名：  かかりつけ薬剤師である　かかりつけ薬剤師でない |

確認日：　　　　年　　　　月　　　　日

＜服薬状況＞

1. 抗がん薬の残薬　　　　あり　　（　　　　錠）　　　　　　　　なし
2. 上記抗がん薬の残薬「あり」の場合、その理由は、

服用方法が分からなかった　　　 服用を忘れた　　　 服用を間違えた

服用したくなかった　　　　　　　　 体調が悪くて服用できなかった

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜副作用発現状況等＞　※可能な範囲で2ページ目のグレード分類もご記入ください。

吐気・嘔吐　　　　 食欲不振　　　　 味覚異常　　 口内炎　　　 倦怠感　 　 発熱　　　 便秘　　　　　　　 下痢　　 　 　　　　 しびれ　 　　爪障害　 　皮膚障害

その他（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 ）

＜指導内容＞

|  |
| --- |
|  |

患者ID：　　　　　　　　　　　　　　※処方箋に記載されている7桁の番号を記入してください

患者氏名：

副作用症状のグレード分類（患者様に確認できた範囲で〇を付けてください）



（CTCAE Ver.5.0に基づく副作用評価）

＜その他 特記事項＞

|  |
| --- |
|  |

連絡先：北里大学病院　薬剤部　042-7７8-8111（代表）