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）