

FAX送付先

0182-32-9072

平鹿総合病院 薬剤科

トレーシングレポート

(特定薬剤管理指導加算2用レポート)

患者ID		保険薬局	
患者氏名		保険薬剤師	
生年月日		TEL	
		FAX	

連絡項目

<input type="checkbox"/>	1.外来化学療法治療情報提供書を受け取りました。		
<input type="checkbox"/>	2.患者様の外来化学療法後の副作用、服薬状況等について確認したので報告します。 患者様への確認日()		
	(1)服薬状況		
<input type="checkbox"/>	問題なし		
<input type="checkbox"/>	問題あり	理由:	
	(2)副作用発現状況		
<input type="checkbox"/>	問題なし		
<input type="checkbox"/>	問題あり	確認項目を選び内容とグレードを記載してください	
	確認項目	副作用	内容
		食欲不振	グレード評価
		嘔吐	
		倦怠感	
		下痢	
		便秘	
		手足のしびれ	
		ざ瘡様皮疹	
		手足症候群	
	(3)その他の連絡事項		

(注)レポートによる連絡は疑義照会ではありません。
疑義照会や緊急性のある報告に関しては従来通り各科への電話連絡をお願いします。