

地域医療機関・保険調剤薬局の方へ

当院では患者のレジメン（治療内容・治療薬）についての相談及び情報提供を、以下の連絡先より受け付けております。

●レジメン（治療内容・治療薬）の問い合わせ について

外来化学療法センター（西病棟7階）

電話番号 052-481-5111（代表）内線 27761

（内容によっては、翌日以降の対応とさせて頂く場合もありますのでご了承下さい）

受付時間 平日 9:00～17:00

●保険薬局からの患者情報共有 について

患者情報を共有する場合、服薬管理情報提供書（トレーシングレポート）をご利用ください。尚、服薬管理情報提供書の書式は特に規定しません。

送付先：薬剤部 Fax：052-485-1124

（レポートは、薬剤部→各診療科に転送され、直接主治医に届けられます）

緊急性の高い場合には、処方医に直接疑義照会をお願いします。

●レジメンに関する研修会開催について

レジメンに関する研修会を適宜開催しています。

最新の情報については、適宜 HP 等で掲示します。

(記載例) 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)

20**年 10月 13日

診療科 化学療法内科

〇〇 先生 御机下

薬局名 〇〇〇〇薬局

薬剤師氏名 〇〇〇〇

住所 〒〇〇〇〇〇

電話番号 〇

FAX番号 〇

患者氏名	●● ●●	患者ID	***_***_****	性別	男
生年月日	1950年 7月 7日	処方せん発行日	20**年 9月 28日		

■患者は処方医への報告を同意しています。

□患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告いたします。

●レジメン (治療薬) 名称: XELOX

●治療実施日 (処方日): 20**年 9月 28日

【内容】 (複数選択可)

■患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報

□処方薬の情報 □処方薬剤の服薬状況 (アドヒアランス) 及びそれに対する指導に関する情報

□併用薬剤等 (要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。) の情報

□症状等に関する家族、介護者等からの情報 □薬剤に関する提案

【所見】 以下の通り、報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

9月28日より開始された治療について

カペシタビンが休薬となる10月12日に電話確認しました。

両足に水疱が発現し、3日間カペシタビンを休薬されています。Grade3

残薬がありますが、10月12日朝で服用が終了することをお伝えしました。

処方されているマイザー軟膏を使用するように説明しました。

次回受診時に、足の症状について御確認下さい。

3日分のカペシタビンは次回治療時に残薬調整致します。

[添付資料] (参考文献・資料など) ■ 無 □ 有 () 枚

[返信希望] □ 要 (□ 次回受診までに □ その他 _____)

FAX 送付先: 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 (薬剤部) FAX 052-485-1124

問い合わせ先: 外来化学療法センター 052-481-5111 (代表) 内線: 27761

※トレーシングレポートは、次回診察予定日までに共有したい情報を記載下さい。

緊急性を要する場合には、処方医まで疑義照会をお願いします。