



【注意】この FAX による情報提供は疑義照会ではありません。

【特定薬剤管理指導加算 1】 トレーシングレポート (服薬情報提供書) ページニオ

担当医: _____科 _____医師

報告日: _____年 _____月 _____日

患者番号:	保険薬局 名称 所在地:
患者氏名:	電話番号: FAX 番号:
患者生年月日:	担当薬剤師:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。	
<input type="checkbox"/> 患者さんの同意は得られておりませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	

所見 ご自宅での服用状況に関し、下記の通りご報告申し上げます。

間質性肺炎、肺塞栓症が疑われる症状	<input type="checkbox"/>	労作時の息切れ	<input type="checkbox"/>	空咳	<input type="checkbox"/>	息切れ
	<input type="checkbox"/>	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	発熱	<input type="checkbox"/>	胸苦しさ

副作用	なし	Grade1	Grade2	Grade3	
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通常と比べて1~3回/日増加	<input type="checkbox"/> 通常と比べて4~6回/日増加	<input type="checkbox"/> 通常と比べて7回/日以上増加	
		ロペミンカプセル服用状況	<input type="checkbox"/> 服用なし <input type="checkbox"/> 服用あり (1日 _____回、計 _____カプセル)		
		該当する便性状に○	①コロコロ便 ②硬い便 ③やや硬い便 ④普通便 ⑤やや柔らかい便 ⑥泥状便 ⑦水様便		
悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ムカつきはあるが通常通り食べられる	<input type="checkbox"/> 体重は減少したがある程度食べられる	<input type="checkbox"/> 水分もほとんど取れず入院を要する	
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療不要 (1~2回/日)	<input type="checkbox"/> 治療を要する (3~5回/日)	<input type="checkbox"/> 入院を要する (6回以上/日)	
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食欲の低下はあるが、通常通り食べられる	<input type="checkbox"/> 食べる量は減ったが、体重減少が10%未満	<input type="checkbox"/> 体重減少が10%以上 (もしくは栄養失調あり)	
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状はあるが通常通り食べられる	<input type="checkbox"/> 食べやすく加工すれば食べられる	<input type="checkbox"/> 十分に食べられない	
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だるさはあるが、通常通りの生活を送れる	<input type="checkbox"/> 身の回りのことはできるが、それ以外のことは制限される	<input type="checkbox"/> 日常生活もままならない	

【薬剤師からの情報提供・提案内容、その他報告事項】

※送信していただいたトレーシングレポートに対する返信などは行っておりませんのでご了承ください。
次回処方への反映等をご確認ください。