FAX:011-208-7176

JR札幌病院　薬剤科

地域連携充実加算用レポート

（特定薬剤管理指導加算2［特定薬剤］に関するレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者　ID: | 保険薬局名： |
| 患者氏名： | 保険薬剤師名： |
| 生年月日：　　　年　　　月　　　日　生 | TEL: |
| 診療科： | FAX: |
| 患者フォローアップ実施日：　　　年　　月　　日 | 緊急を要する症状で電話連絡　　□あり　　□なし　　　　　 |

上記の患者さんに特定薬剤のフォローアップとして下記の内容を確認したので報告します。

●服薬状況の把握

　コンプライアンス（良い，悪い）

　　　⇒理由（飲み忘れる，回数が多い，飲みたくない，気分が悪くなる，吐き気が強い）

●副作用の把握（確認した項目にチェックして症状とGradeを記載）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認 | 症状 | 内容 | Grade |
|  | 悪心 | 食事摂取に問題（あり・なし） |  |
|  | 嘔吐 | 食事摂取に問題（あり・なし） |  |
|  | 下痢 | （なし・1回・2回・3回・4回以上）下痢止め服用状況（　　　　　　） |  |
|  | 発熱 | 平熱・微熱・38℃以上 |  |
|  | 脱水 | （あり・なし） |  |
|  | 口腔粘膜炎 | （あり・なし） |  |
|  | しびれ | （あり・なし） |  |
|  | 手足症候群 | 痛み（あり・なし） |  |

●その他自覚症状： □皮膚症状（かさつく・ひび割れ・かわがむける）

 □爪・爪周囲の症状（荒れている・割れる・炎症ある）

 □血圧の状況（高め・変化なし・低め）

 その他自覚症状（手書き）