



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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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)

--