2020 年 3 月 30 日

関係各位

堺市立総合医療センター
薬剤科
外来化学療法センター

保険薬局への情報提供書について

この度、外来化学療法施行中で特に副作用などの情報共有が必要とされる方を対象に、『外来化学療法に関する情報提供書』の発行を開始いたします。

担当薬剤師が患者指導・説明時に必要事項を記載してお渡しし、原則として、患者さんご自身に、院外処方箋とともに保険薬局に持参、もしくは FAX 送信していただく運用といたします。なお、情報の開示を希望されない患者さんには、そのままお持ち帰りいただくことも可能といたします。

保険薬局におかれましては、当該情報提供書の内容をご確認いただき、服薬指導等ご対応をお願い申し上げます。また、お気づきの点などをご記入いただき、可能な限りご返信いただきますよう、重ねてお願い申し上げます。ご返信いただきました内容は、電子カルテにスキャン・保存するとともに、直接担当医へフィードバックが必要な内容については、担当薬剤師より次回診察日までに主治医へ連絡させていただきます。 なお、本運用に関する問い合せは、下記までお願いいたします。

記

対 象　　：　薬剤師外来または外来化学療法センターを利用した患者のうち薬剤師から説明を受け、情報提供に同意された患者

運用・内容　：　保険薬局への情報提供書の見本（次頁）参照

※新型コロナウイルスの感染拡大が収束し、説明会等開催可能な状況となりましたら説明の機会を設けご案内をさせていただきます。

FAX 送信先：　072 - 272 - 9962　（薬剤科直通 FAX）

問い合せ先　：　堺市立総合医療センター・薬剤科
薬剤師外来担当（代表 072 - 272 - 1199／内線 6225）
対応時間　平日 14：00～17：00

運用開始日　：　2020 年 4 月 1 日（水）

『外来化学療法に関する情報提供書』の見本

病院薬剤師が記載し患者へ手渡す

治療内容と副作用評価を記載します。

以下の URL よりレジメン等の情報をご確認いただき指導等にお役立てください。

http://www.sakai-city-hospital.jp//medical/support.html#insurance-pharmacy

外来化学療法に関する情報提供書

患者さんへ

下記の内容は、患者さんの情報（副作用の発現状況、治療内容など）を保険薬局と共有し、当院処方薬の適正使用（処方薬の適正使用や相互作用、副作用の早期発見など）に活用していただくものです。保険薬局薬剤師に処方箋とともにFAX、もしくはご提示ください。また、薬局に訪れた際はお薬手帳も併せてご提示ください。ただし個人情報ですので、保険薬局への開示を望まない方はそのままお持ち帰りください。この情報を用いて、保険薬局から病院へ情報提供されることがありますのでご了承ください。

保険薬局　御中

現在、下記の化学療法を施行中ですが、当院での状況について報告させていただきます。

貴局で継続的にフォロー頂き、お気づきのことなどありましたら、返信FAXをいただけると幸いです。

氏名　○○ ○○　様　　患者ID　99999999　　生年月日　YYYY年 MM月 DD日

【治療内容】※1

レジメン　CL-1001　CapeOX（術後）　　（ 2 ）コース目

経口抗がん薬　□なし　■あり（ カペシタビン ）

次回当院科診察日　YYYY年 MM月 DD日

※1 化学療法レジメンの番号・名称など詳細については病院ホームページをご参照ください

http://www.sakai-city-hospital.jp//medical/support.html#insurance-pharmacy

【副作用評価】

主な副作用	発現の有無		グレード※2	発現時期	追加処方
食欲不振	■なし	□あり			
悪心	■なし	□あり			
嘔吐	■なし	□あり			
口内炎	■なし	□あり			
下痢	□なし	■あり	2	MM/DD～mm/dd	□ベラミド
便秘	■なし	□あり			
倦怠感	■なし	□あり			
疼痛	■なし	□あり			
皮膚の変化	□なし	■あり	3	MM/DD～mm/dd	マイザー軟膏
爪の変化	■なし	□あり			
浮腫	■なし	□あり			
しびれ	■なし	□あり			
味覚の変化	■なし	□あり			

※2 副作用のグレードについてはCTCAE v5.0を用いて評価しています

【備考欄】

・皮膚の変化（手足症候群）により今回から抗がん剤（カペシタビン）が減量になっています。

・上記処方の追加について薬剤説明を行っています。

症状の経過観察をお願いします。

堺市立総合医療センター 薬剤科　○○ ○○

Ver.01 原資ID付

堺市立総合医療センター　御中（FAX：072-272-9962）

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日　年　月　日

先生御侍史	保険薬局名称・住所
患者氏名 患者ID 生年月日	TEL： FAX： 担当薬剤師：

この情報を伝えることに対して患者さんから同意を

□取得しました。

□取得していないが、治療上重要と考えられるため報告します。

医療機関からの情報提供に基づき、必要な薬学的管理及び指導を行いました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

聞き取り日	年　月　日	対応者	□本人　□家族　□その他（　　）
	□調剤時　□患者さんから薬局への問い合わせ　□テレフォンフォローアップ時		

□【服薬状況（服薬不遵守、副作用による残薬情報など）】

□【副作用評価】

主な副作用	発現の有無		発現時期	詳細
食欲不振	□なし	□あり		
悪心	□なし	□あり		
嘔吐	□なし	□あり		
口内炎	□なし	□あり		
下痢	□なし	□あり		
便秘	□なし	□あり		
倦怠感	□なし	□あり		
疼痛	□なし	□あり		
皮膚の変化	□なし	□あり		
爪の変化	□なし	□あり		
浮腫	□なし	□あり		
しびれ	□なし	□あり		
味覚の変化	□なし	□あり		

□【その他】

□【提案（上記に対する保険薬局からの提案等）】

次回当院科診察日　YYYY年 MM月 DD日

＜ 注意 ＞このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

なお、緊急性のある問い合わせや疑義照会につきましては、従来通り直接各診療科へご連絡ください。

Ver.01 原資ID付

保険薬局薬剤師が記載し病院へ返信

（全項目記載しなくても構いません）

緊急性のある問い合わせや疑義照会につきましては、従来通り直接各診療科へご連絡下さい。

電話番号：072 - 272 - 1199

対応時間：平日　9：00～17：00

本書式は、「薬剤服用歴管理料　特定薬剤管理指導加算２」の算定要件に該当する内容を含みます。