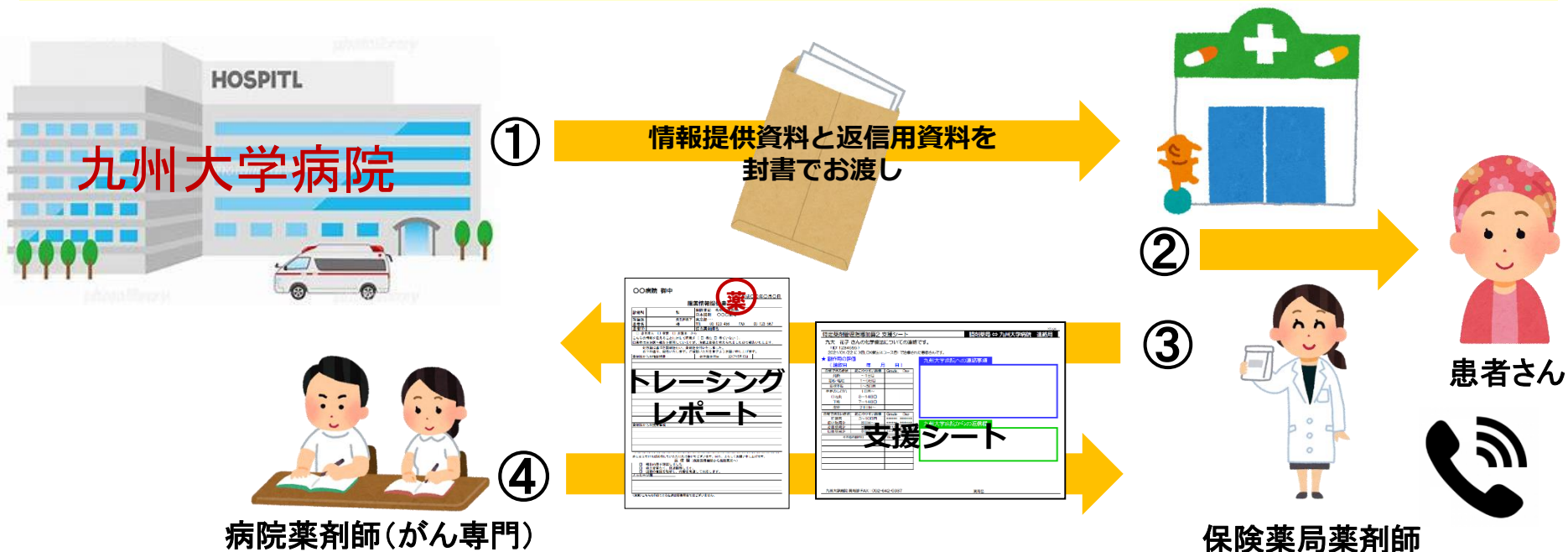


# 連携充実加算の運用 (2021年2月～運用開始)

- ① 外来化学療法室: 情報提供シート/支援シートを患者に交付
- ② 保険薬局: 情報提供シートで指導、支援シートでテレフォンプォロー
- ③ **薬** トレーシングレポート、または支援シートをFAXで送信
  - 緊急性ある場合 → 医師へ電話で報告してください
  - 内容確認が必要な場合 → 薬剤部担当者へ連絡ください
- ④ 必要に応じて病院薬剤師から返信



# 提供文書のサンプル

情報提供資料と返信用資料(特薬加算2支援シート)の2種類を封書にて交付します。  
 ※本資料はレジメン毎、患者毎に作成し提供します。

## 情報提供資料(サンプル)

## 返信用資料(サンプル)

【ゲムシタピン+アブラキサン療法について】 開始日:2022/04/01~ 九大 太郎 様

★お薬の名前と使用量・治療スケジュール

薬品名	レジメン投与量	実投与量
アブラキサン	125 mg/m <sup>2</sup>	mg
ゲムシタピン	1000 mg/m <sup>2</sup>	mg

★治療による副作用(個人差があります)

自覚できる症状	起こりやすい時期	Grade	自覚できない症状	起こりやすい時期	Grade
発熱	~1日目		肝障害	3~10日目	
筋肉痛・関節痛	1~3日目		血小板減少	14~21日目	
悪心・嘔吐	1~5日目		白血球減少	14~24日目	
食欲不振	1~5日目		貧血	14~24日目	
口内炎	3~14日目				
下痢	7~14日目				
手足のしびれ	14日目~				
脱毛	14日目~				

★治療のスケジュール(4週を1コース)

お薬と投与日	1	8	15						
予定日	01	08	15						
アブラキサン	●	●	●						
ゲムシタピン	●	●	●						

★治療の流れ

アロキシ  
デキサート  
↓ 30分  
アブラキサン  
↓ 30分  
ゲムシタピン  
↓ 30分  
終了です

治療時間は  
1時間 50分程度です

外来化学療法室での  
薬剤費(3割負担)は  
¥37000 - 程度です

【調剤薬局・医療機関への連絡事項】

九大 太郎 さんは、肺癌(Stage IV)に、化学療法(ゲムシタピン+アブラキサン療法)で2コース目の治療されている患者さんです。

治療歴: mFOLFIRINOX → [GEM+アブラキサン]  
 ▼末梢神経障害/G2: 前治療より残存しており、アブラキサンを80%に減量しております  
 ▼既往: 糖尿病(インスリン使用)、緑内障

【次回来院予定日】  
 次の来院予定日は、 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日です。

薬剤師

特定薬剤管理指導加算2 支援シート 調剤薬局 ⇄ 九州大学病院 連絡用

九大 太郎 さんの化学療法についての連絡です。  
 (ID: 123456)  
 2022/04/14 に ゲムシタピン+アブラキサン療法(2コース目) で治療された患者さんです。

★副作用の評価 (聴取日 年 月 日)

自覚できる症状	起こりやすい時期	Grade	Day
発熱	~1日目		
筋肉痛・関節痛	1~3日目		
悪心・嘔吐	1~5日目		
食欲不振	1~5日目		
口内炎	3~14日目		
下痢	7~14日目		
手足のしびれ	14日目~		
脱毛	14日目~		

自覚できない症状	起こりやすい時期	Grade	Day
肝障害	3~10日目	*****	*****
血小板減少	14~21日目	*****	*****
白血球減少	14~24日目	*****	*****
貧血	14~24日目	*****	*****

その他の副作用 Grade Day

九州大学病院への連絡事項

九州大学病院からの返信欄

・ ご報告いただいた内容は、外来化学療法室 薬剤師が確認の上、医師と情報共有いたします。  
 ・ 薬局様への返信については、必要に応じておこないます。

・ 返信 (あり ・ なし) ・ 電子カルテとりこみ口

九州大学病院 薬剤部 FAX: 092-642-5937 薬局名・住所

# 特定薬剤指導加算2のトレーシングレポート送付時のお願い

当院のトレーシングレポートの運用は、  
診療科(医師)へ直接送付される仕組みのため、  
薬剤部宛は目立つように **薬** をつけてください。



〇〇病院 御中		平〇〇年〇月〇日
服薬情報提供書		<b>薬</b>
診療科	科	保険薬局名 所在地
担当医	先生御礼下	東京都...
患者名	様	TEL 03-123-456 FAX 03-123-567
患者ID	担当薬剤師名	
<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護者 から こちらの情報を伝えることに対して同意を ( <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない )。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医へ報告を拒否していますが、治療上重要と考えられましたので報告いたします。 処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。 以下の通り、報告いたします。ご確認いただけますようお願い申し上げます。		
薬剤師からの情報提供:	処方箋交付日	2017年5月15日
<b>トレーシング レポート</b>		
薬剤師からの提案事項:		
差し支えなければ返信していただければ幸いです。何卒、よろしくお願い申し上げます。 送 信 欄 (保険医療機関から保険薬局へ) <input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 処方変更なく、経過観察します。 <input type="checkbox"/> 持薬の継続を依頼し、内容を考慮して対応します。 メッセージ欄		
<small>※注意※こちらのFAXによる伝達は疑義照会ではありません。</small>		



【直通の連絡先(ホットライン)】

**092-642-4593 (平日:9時~17時)**

提供した情報に関する問い合わせや、副作用対応の緊急性の確認等にご使用ください。

※緊急性のない場合は、原則としてFAXによる情報提供・共有をお願いいたします。