

服薬情報提供書 (トレーシングレポート) 《医療用麻薬》

《注意!!》このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

緊急性の高い問い合わせ や 疑義照会 は処方箋右側記載通りの方法でお願いします。 報告日: 年 月 日

診療科	保険薬局(店舗名)名称・住所・TEL・FAX				
処方医					
ID番号 <small>※備考欄 10桁数字</small>					
ふりがな					
患者氏名	FAX () - () -	担当薬剤師			
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	
※ 処方変更があることに対して、患者さんから同意を <input type="checkbox"/> 取得しました(有)。 <input type="checkbox"/> 取得していません(無)。 <input type="checkbox"/> 取得していないが、治療上重要と考えられる為、報告致します。					

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付致しました。下記の通り、ご報告すべき点がございましたのでご高配賜りますようお願い申し上げます。

聴取日	年 月 日 ()	対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 投薬時(調剤時)	<input type="checkbox"/> 患者さんから薬局への問い合わせ	<input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時		
処方箋発行年月日	年 月 日 ()	次回来院 診察予約	年 月 日 ()		
指導回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 回目	指導日	年 月 日 ()		

患者目標 痛みに妨げられない睡眠の確保 安静時の痛みの軽減 体動時の痛みの軽減

①使用 鎮痛薬	* 医療用麻薬(定期服用、ベース)	(薬剤名・用法用量)例:オキシコドン徐放錠20mg 分2 8時 20時
	* 医療用麻薬(頓服、レスキュー)	/1回使用量(mg/回) /1日使用回数(回/日)
	医療用麻薬以外の鎮痛薬	

②痛みの 評価	持続痛	<input type="checkbox"/> 疼痛部位 [] <input type="checkbox"/> NRS [/10]
	突出痛	<input type="checkbox"/> 疼痛部位 [] <input type="checkbox"/> 出現回数[1日最多 回出現]
		<input type="checkbox"/> NRS [/10] <input type="checkbox"/> レスキュー服用後のNRS [/10]
	痛みの強さ	1日で最も痛い時 [/10] 1日で最も落ち着いている時 [/10]
	痛みのパターン	<input type="checkbox"/> ほとんど痛みがない <input type="checkbox"/> 普段はほとんど痛みがないが、1日に何回か強い痛みがある <input type="checkbox"/> 普段から強い痛みがあり、1日の間に強くなったり弱くなったりする <input type="checkbox"/> 強い痛みが1日中続く
痛みが増強する時	<input type="checkbox"/> 定時薬内服前 <input type="checkbox"/> 食事前 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 食事後 <input type="checkbox"/> 体動時 <input type="checkbox"/> その他()	

③副作用 評価 & 提案 対応策	◆ 悪心 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	◆ 嘔吐 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)
	<input type="checkbox"/> Grade 1 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade 1 24時間に 1 ~ 2 エピソード の嘔吐
	<input type="checkbox"/> Grade 2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化	<input type="checkbox"/> Grade 2 24時間に 3 ~ 5 エピソード の嘔吐
	<input type="checkbox"/> Grade 3 カロリーや水分の経口摂取が不十分	<input type="checkbox"/> Grade 3 24時間に 6 エピソード以上 の嘔吐
	<input type="checkbox"/> 制吐薬の変更 又は オピオイドスイッチングが必要 <input type="checkbox"/> 食事の工夫について説明	<input type="checkbox"/> 予防制吐薬の継続処方(2週間以上)があり不要 <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用について説明・指示
◆ 便秘 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) BS:	◆ 眠気・傾眠 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
<input type="checkbox"/> Grade 1 不定期または間欠的な症状	睡眠障害: <input type="checkbox"/> 不快なし <input type="checkbox"/> 不快あり	
<input type="checkbox"/> Grade 2 緩下薬や浣腸の定期使用を要する	薬剤要因: <input type="checkbox"/> 増量後 <input type="checkbox"/> ローテーション後	
<input type="checkbox"/> Grade 3 排便を要する頑固な便秘		
<input type="checkbox"/> 下剤の追加・変更 又は オピオイドスイッチングが必要		

※ 疼痛コントロール不良、副作用が Grade3 以上の場合などは受診推奨。⇒ 受診を勧めた

【病院記入 返信欄 (病院 → 薬局)】

- 報告内容を確認致しました。(報告、提案内容を医師へ伝達いたしました)
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察致します
- 次回から提案通りの内容に変更致します。 提案の内容を考慮し、以下のように対応致します。

回答日	年 月 日
薬剤師	

(具体的に記載)