

FAX番号 03-3480-1267

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

東京慈恵会医科大学附属第三病院 薬剤部 行

報告日: 年 月 日( )

## 医療用麻薬使用患者 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

診療科:	科	担当医:	先生 御机下
患者氏名(ID):	様( )	聞き取り日:	年 月 日( )
保険薬局(名称・電話番号):	担当薬剤師名(薬局):		
対応者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	患者・または家族の同意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

## ①使用している鎮痛薬

医療用麻薬(ベース)	(薬剤名・用法・用量)	例: オキシコドン徐放錠NX20mg/2x 8時・20時
医療用麻薬(レスキュー)	(薬剤名)	/ 1回あたりの使用量( /回) / 1日あたりの使用回数( 回/日)
医療用麻薬以外の鎮痛薬		

## ②痛みの評価

痛みの強さ (NRS:0~10の11段階で評価)	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 (該当する項目に☑)	<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
痛みが増強するタイミング (該当する項目に☑)	<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有害事象評価(無・有のどちらかを☑してください)

有害事象	無	有	備考・指導内容
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	報告の目安: 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症状(Grade2) 頻度: 日/回
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 下剤の服用を指示 <input type="checkbox"/> 下剤の服用について説明
悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	報告の目安: 食事摂取量に影響がある状態(Grade2)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用を指示 <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用について説明 <input type="checkbox"/> 食事の工夫について説明
傾眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	報告の目安: 身の回り以外の日常生活動作の制限(Grade2)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤に関する要因(麻薬導入・増量後など):
その他 身体症状			

## ④服用中の薬に関するコンプライアンス

内服薬の飲み忘れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 飲み忘れ回数 回/週 )
内服薬の服用しづらさ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 服用剤数が多い、 <input type="checkbox"/> 服用時間が複雑 )

## ⑤次回外来時に検討が必要な項目

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 用法・用量調整 <input type="checkbox"/> 副作用対策 <input type="checkbox"/> 症状緩和 <input type="checkbox"/> ポリファーマシー対策 <input type="checkbox"/> その他 )
--

## ⑥保険調剤薬局薬剤師より報告(フリーコメント)

--

&lt;注意&gt; 緊急性のある情報提供、問い合わせは慈恵第三病院(代表)(03-3480-1151)へご連絡ください。

【病院記載欄】 <input type="checkbox"/> 次回外来日:	担当薬剤師名(病院)
【保険調剤薬局への伝達事項】	