

医療用麻薬服薬情報提供書
(トレーシングレポート)

・診療科： 担当医： 先生 御机下

・患者氏名（患者番号）： 様 ()

・聴取者： 患者又は家族の同意：

①使用している鎮痛薬

1. 定時薬(医療用麻薬)

薬品名	用量(1日量)	服用回数	薬品名	用量(1日量)	服用回数
-----	---------	------	-----	---------	------

その他：

2. レスキュー薬(医療麻薬)

薬品名	用量(1回量)	薬品名	用量(1回量)
-----	---------	-----	---------

その他：

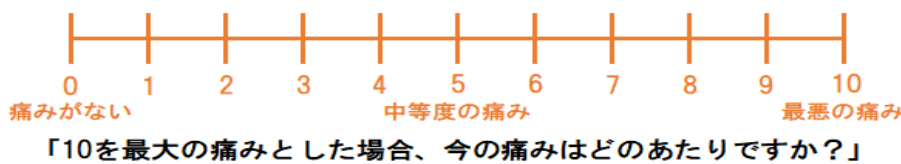
3. 非オピオイド鎮痛薬

薬品名	用量(1日量)	服用回数	薬品名	用量(1日量)	服用回数
-----	---------	------	-----	---------	------

その他：

②痛みの評価

1. 痛みの強さ



- ・いちばん強い時：
- ・現在の痛み：

2. 痛みが増強するタイミング： 有の場合 () ex. 定時内服前、食前、食後、体動時など

3. レスキュー回数： 回/日

4. レスキューの効果：

③有害事象の確認

1. 便秘(週に3日以上排便がない)：

2. 嘔気・嘔吐：

3. 眠気：

4. その他の症状：

④服薬状況

1. 飲み忘れ： 有の場合(週 回)

2. 飲みづらさ：

3. その他：

⑤提案事項

無

有 鎮痛薬関連： 増量 減量 薬剤変更 その他 ()

下剤関連： 増量 減量 薬剤変更 薬剤追加 その他 ()

制吐剤関連： 増量 減量 薬剤変更 薬剤追加 その他 ()

その他：

⑥コメント

保険薬局名・連絡先：

担当薬剤師名：