FAX：浜松医科大学病院薬剤部　053-435-2153　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局→病院薬剤部→処方医→病院薬剤部→保険薬局

疼痛管理に係る服薬情報提供書

報告日：　　　　年　　月　　日

浜松医科大学病院　　　　　　　科　　　　　　先生御侍史

保険薬局名・住所・電話・FAX・薬剤師名

患者ID：

患者名：

処方日：

この情報を伝えることに対して患者の同意を　□ 得た。　□ 得ていない。

* 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。

下記の通り、疼痛関連の状況を確認しましたのでご報告いたします。

　□ 来局時対応　□ TELフォロー　□ その他（　　　　　　　　　　　　　）

　□ 初回導入　□　継続指導［オピオイド変更なし・あり（増量・減量／スイッチング）］

≪内容≫

|  |
| --- |
| 服用薬剤：ベース　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　レスキュー　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　関連する併用薬 |
| □ 提案事項　□　報告事項　 |
| ●確認内容（聞き取り日：　　／　　、聞き取りした方：本人・家族・その他介護者）【部位】（　　　　　　　　　　）【性状】 1. 鋭い　2. 鈍い・重い　3. うずくような　4. 灼けるような　5. その他（　　　　　　　）【疼痛（NRS）】　安静時：　　　　疼痛悪化時：　　　　　（悪化因子：　　　　　　　　　　　 ）【患者目標（NRS）】　安静時：　　　　体動時：【レスキュー】　使用頻度：　　　　回／日　　使用前後のNRS（　　　→　　　）【患者達成度】□ 痛みに睡眠を妨げられない　□ 安静時の痛みの苦痛なし　□ 体動時の痛みの苦痛なし【有害事象】・悪心：なし・あり（□ 食事量変わりなし　□ 食事量減少（　　割）　□ 水分摂取不可）・眠気：なし・あり（□ 生活に変化なし　□ 日常生活に影響あり）・便秘：なし・あり（排便回数：　回／日・週、ブリストルスケール：　□ 下剤の頓用：有・無）【アドヒアランス】□ 良好　□ 残薬のずれ　無・有｛飲み忘れ有（　　　　　　　）自己調節有（　　　　　　　）｝（初回以外）以前と比較して、変化なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ） |

|  |
| --- |
| 医師からの返信欄* 報告内容を確認させていただきました。今後とも宜しくお願い致します。
* 下記のとおり対応させていただきます。
 |

＜注意＞本様式による情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会の場合、別途手続きをお願い致します。