

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る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
<input type="checkbox"/> 提案事項 <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 痛みに睡眠を妨げられない <input type="checkbox"/> 安静時の痛みの苦痛なし <input type="checkbox"/> 体動時の痛みの苦痛なし 【有害事象】 ・悪心：なし・あり (<input type="checkbox"/> 食事量変わりなし <input type="checkbox"/> 食事量減少 (割) <input type="checkbox"/> 水分摂取不可) ・眠気：なし・あり (<input type="checkbox"/> 生活に変化なし <input type="checkbox"/> 日常生活に影響あり) ・便秘：なし・あり (排便回数： 回/日・週、 Bristol スケール： <input type="checkbox"/> 下剤の頓用：有・無) 【アドヒアランス】 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 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。