保険薬局→薬剤部（電子カルテ記載）→主治医（スキャナ取込）

報告日：　　　　　年　　　月　　　日

市立吹田市民病院薬剤部　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　FAX：06-6380-3587

疼痛コントロールに関するトレーシングレポート

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医：　　　　　　科　　　　　　　　　先生 | 保険薬局名： |
| 患者名：  ID： | 薬局TEL： |
| 薬局FAX： |
| 情報提供に関する患者同意：  □あり  □同意は得ていないが治療上必要と判断し報告 | 担当薬剤師名： |
| 当院からの返信に対する要望  □要返事（□急ぎ　□急がない）　□返事不要 |

**●トレーシングレポート（該当する項目を☑ ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対応者 | □本人　　□家族　　□その他（　　　　　） | | 聞き取り日：　　　　年　　　月　　　日 |
| 聞き取り方法 | □電話　　□面談　　□患者から薬局へ連絡　　□その他（　　　　　　　） | | |
| 服薬状況 | □飲み忘れあり　□飲み忘れなし　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ≪日常生活への影響≫ | | | |
| 1日の痛みの  パターン | □痛みはほとんどない　　□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  □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　□強い痛みが1日中続く  □その他、具体的に(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 痛みの強さ | NRS 0～10の11段階で評価。  ・ここ数日で、一番痛かった時　NRS 　　 /10、痛みが治まっていた時　NRS 　　 /10  ・(初回導入時以外)以前と比較して　□変化なし　　□変化あり(　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| ≪副作用≫ | | | |
| 眠気 | □なし　　□あり(日常生活に支障なし)　 □あり(日常生活に支障あり) | | |
| 吐き気 | □なし　□あり　　→(ありの場合)制吐剤の使用　□なし　□あり(薬剤名：　　　　　　　　　　　)  →制吐剤で吐き気はおさまるか　□おさまる　□おさまらない | | |
| 便秘 | 排便の頻度：　　　日に　　　回、ブリストルスケール(便の性状)：  →緩下剤の使用　　□なし　　□あり(薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| その他 | （身体症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ≪レスキューに対する評価≫ | | | |
| □使用していない　　　□使用している(1日　　　　回程度使用) | | レスキューの残数：　　　　回分あり | |
| レスキューで効果はあるか  □効果なし　　　□効果あり(レスキュー使用前のNRS 　　 /10 → 使用後のNRS 　　 /10) | | | |
| レスキュー使用後に眠気はあるか　　　　□ない　　□少しあり　　□あり | | | |
| レスキュー使用後に吐き気はあるか　　　□ない　　□少しあり　　□あり | | | |
| レスキューを使うタイミングは？　□痛い時はいつも使用（NRS 　　 /10程度で使用する）　□痛くても使用しない  □決まった時間に使用（使用する時間帯：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □予防的に使用（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

|  |
| --- |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容・問題点 |

●返信欄（病院記入欄）　薬剤師名：（　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
|  |

<注意>このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。