



薬剤部

保険薬局 → 医事課 → 診療部



薬剤部

兵庫県立尼崎総合医療センター 御中

報告日： 年 月 日

麻薬服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 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。	

麻薬処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、処方箋を付けてご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<p>【所見】</p> <p>服用状況：ベースオピオイド： 良好 ・ 不良（理由：理解不足・ ） レスキュー：良好 ・ 不良（理由：理解不足・ 効果実感なし ・ ）</p> <p>疼痛状況の確認：服用前：持続痛:NRS /10、突出痛:NRS /10、 服用後：持続痛:NRS /10、突出痛:NRS /10、 レスキュー効果 有・無</p> <p>副作用状況の確認：便秘：無・有（緩下剤の追加必要・ ） 嘔気：無・有（制吐剤の追加必要・ ） 眠気：無・有 その他：</p> <p>処方量：ベースオピオイド：適量 ・ 不足 ・ 過量 レスキュー量 : 適量 ・ 不足 ・ 過量 レスキュー回数 : 適度 ・ 過度（ 回/日：ベースオピオイド増量を検討）</p> <p>疑義照会内容： 無 ・ 有（内容： ）</p> <p>【薬剤師としての提案事項】</p> <p>ベースオピオイド： 増量 ・ 減量、 レスキューオピオイド： 増量 ・ 減量 緩下剤： 追加 ・ 増量 ・ 減量、 制吐剤： 追加 ・ 増量 ・ 減量 NSAIDs 等： 追加 ・ 増量 ・ 減量、 鎮痛補助薬： 追加 ・ 増量 ・ 減量</p> <p>（ その他自由に記載ください ）</p>

【処方医記載欄】 * 必要があれば、保険薬局に回答をお願いします。