

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： 科 担当医： 先生 御机下

患者氏名（患者番号）： 様 ()

聴取者： 本人 家族 患者又は家族の同意： 有 無

①使用している鎮痛薬

1. 定時薬(医療用麻薬)

薬品名① 用法用量(1日量) 薬品名② 用法用量(1日量)

その他：

2. レスキュー薬(医療麻薬)

薬品名① 用法用量(1回量) 薬品名② 用法用量(1回量)

その他：

3. 非オピオイド鎮痛薬

薬品名① 用法用量(1日量) 薬品名② 用法用量(1日量)

その他：

②痛みの評価

1. 痛みの強さ



「10を最大の痛みとした場合、今の痛みはどのあたりですか？」

・ 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： 無 有 () 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： 有効 無効

③有害事象の評価

1. 便秘(週に3日以上排便がない)： 無 有2. 嘔気・嘔吐： 無 有 (食事可 食事不可)3. 眠気： 無 有 (不快感なし 不快感あり)

4. その他の症状：

④服薬状況

1. 飲み忘れ： 無 有 (週 回)2. 飲みづらさ： 無 有

3. その他：

⑤次回検討事項

 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：