FAX番号: 04-7164-9617 東京慈恵会医科大学附属柏病院 薬剤部行 保険薬局 → 薬剤部 → 主治医 年 月 日 ( )

報告日:

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 【使用している鍼麻薬 素品名① 用法用量(1日量) 薬品名② 用法用量(1日量) その他: 2しスキュー薬(医療麻薬) 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: 3非オピオイド鍼属薬 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: (事務みの評価	医療用麻楽服楽情報提供書 (トレーシングレポート)				
連取者: 本人	療科 : 料 担当医 :	先生	御机下		
①使用している    1.定時票(医療用解薬)   東品名①	者氏名(患者番号) : 様 (	)			
1. 定時薬(医療用麻薬)   東品名① 用法用量(1日量)   薬品名② 用法用量(1日量)   薬品名② 用法用量(1日量)   薬品名② 用法用量(1日量)   薬品名② 用法用量(1日量)   薬品名② 用法用量(1日量)   平成の他:	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				
その他: 2L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病みの評価 1.病みの強さ ・ いちばん強い時: 現在の痛み: 現在の痛み: 現在の痛み: 現在の痛み: 現在の痛み: 現在の痛み: 現在の痛み: 現在の痛み: 別様に関にるロ以上の非便がない   無					
2.レスキュー薬(医療廃薬)       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②       用法用量(1日量)       薬品名②       用法用量(1日量)         その他:       ②橋みの評価         1.痛みの強さ       ・いちばん強い時: ・現在の痛み: ・現在の痛み: ・現在の痛み:       ・いちばん強い時: ・現在の痛み: ・現在の痛み:         2.痛みが増強するタイミング: 3.レスキュー回数: 1.便秘(週に3日以上の排便がない): 1.便秘(週に3日以上の排便がない): 1.無 2.幅気・嘔吐: 1.無 1.有 1.飲みごれ: 1.無 1.食事 1.食事可 2.飲みづらさ: 1.無 2.飲みづらさ: 1.無 1.その他の症状:       ・ は、大の他に 2.飲みづらさ: 1. 無 2. またの他の症状:	薬品名① 用法用量(1日量)	薬品名②	用法用量(1日量)		
来品名① 用法用量(1回量) 薬品名② 用法用量(1回量)  その他:	の他:				
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 ・いちばん強い時: ・現在の痛み: ・現れの治療がは、・は、・は、・は、・は、・は、・は、・は、・は、・は、・は、・は、・は、・は	レスキュー薬(医療麻薬)				
3.非オピオイド鎮痛薬         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         ・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、体助時など         4.レスキュー回数:       回/日       () 自我解析況         1.飲み忘れ:       無       有       (週       回)         2.配気・嘔吐:       無       有       (週       回)         2.飲みづらさ:       無       有       (週       回)         3.眠気・       無       有       (週       回)         2.飲みづらさ:       無       有       (週       回)         4.その他の症状:     (5)次四検討事項	薬品名① 用法用量(1回量)	薬品名②	用法用量(1回量)		
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病みの評価         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	の他:				
(国内の強さ	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)		
1.痛みの強さ					
- いちばん強い時: - 現在の痛み:  2.痛みがない 中等度の痛みとした場合、今の痛みはどのあたりですか?」  2.痛みが増強するタイミング: 無					
1.便秘(週に3日以上の排便がない):       無       「有       「かみ忘れ:       無       「有       (週       回)         2.嘔気・嘔吐:       無       「有       (週       回)         3.眠気:       無       「有       (週       一有         3.眠気:       無       「有       (週       一有         3.股気:       無       「有       (週       一有         4.その他の症状:       「方次回検討事項       「無	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ・現在の痛 の 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ・現在の痛 最悪の痛み 「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?」 痛みが増強するタイミング: 無 有 (	<b>高み:</b> ) ex.定時内服前、食前			
2.嘔気・嘔吐:       無       有       ( ) 食事可       食事不可)       2.飲みづらさ:       無       有         3.眠気:       無       ( ) 不快感なし       不快感あり)       3.その他:         4.その他の症状:       ⑤次四検討事項	3有害事象の評価	483	<b>模状況</b>		
	<b>嘔気・嘔吐 : □ 無 □ 有 ( □ 食事可 □ 食事不可) 2.飲みづら</b> : 眠気 : □ 無 □ 有 ( □ 不快感なし □ 不快感あり) 3.その他 :	さ: 無 用 有	- · · ·		
	⑤次回検討事項				
下	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(	)		
<b>⑥□×ント</b>					
保険薬局名·連絡先 : 担当薬剤師名 :		<b></b>			