

FAX:日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
052-834-6160

FAXの流れ: 保険薬局→薬剤部→処方医師

〈注意〉このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします。

麻薬指導に関する施設間薬剤情報提供書(トレーシングレポート)

処方日: 年 月 日

患者ID: _____

患者名: _____

診療科: _____

処方医: _____

保険薬局 名称・所在地: _____

TEL: _____ FAX: _____ 担当薬剤師名: _____

使用麻薬	定時薬:	レスキュー薬:
------	------	---------

報告・提案事項

◆服薬アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良(その他の欄に詳細を記載)	
◆薬の管理状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良(その他の欄に詳細を記載)	
◆疼痛コントロール	<input type="checkbox"/> 良好:NRS()	<input type="checkbox"/> 不良:NRS()	
◆レスキュー薬使用状況	<input type="checkbox"/> 0回/日	<input type="checkbox"/> 1~3回/日 <input type="checkbox"/> 4回以上/日	
◆副作用	悪心	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 予防制吐薬の継続処方(2週間以上)がないことを確認した。 <input type="checkbox"/> 予防制吐薬の継続処方(2週間以上)があり不要。
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 経過フォローでよいと考える。 <input type="checkbox"/> 制吐薬の変更又はオピオイドスイッチングが必要。
	便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 下剤の服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(その他の欄に詳細を記載)
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 経過フォローでよいと考える。 <input type="checkbox"/> 下剤の追加・変更又はオピオイドスイッチングが必要。
	眠気	<input type="checkbox"/> なし	
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 経過フォローでよいと考える。 <input type="checkbox"/> オピオイドスイッチング等による対応が必要。
◆その他			

返信欄

対応(病院記入欄)

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
- 提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

年 月 日 医師名: _____ 薬剤師: _____