

情報提供書（トレーシングレポート）（オピオイドの使用対象者用）

FAXの流れ： 保険薬局 → 医療機関薬剤部 → 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。
即時処方箋に反映すべき疑義は、各医療機関の方法に即した疑義照会をお願いします。

济生会横浜市東部病院 宛			報告日	年	月	日
処方医師			科	先生御侍史		
患者ID			保険薬局名			
			住所・TEL/FAX			
			担当薬剤師名			

この情報提供に対して ☐ 同意を得た （☐ 患者 ☐ 家族） ☐ 同意を得ていない

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付しました。下記、副作用状況及び処方内容に関する提案事項についてご報告いたします。

状況確認経緯 （確認日： 年 月 日）

☐ 薬剤交付時の面談 ☐ 電話確認 ☐ 薬剤交付後の面談時 ☐ 在宅訪問時 ☐ その他 （ ）

確認対象者

☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他 （ ）

報告内容

☐ 疼痛・副作用状況及び対策案について（以下、疼痛および副作用状況に記載）

☐ 薬剤の服薬上の問題 → 内容： ☐ 服薬遵守 ☐ 残薬 ☐ 剤形 ☐ その他（詳細は「その他報告事項」欄に記載）

☐ その他（詳細は「その他報告事項」欄に記載）

疼痛状況（問題点のみ記入する）

① 疼痛コントロール ☐ 不良。オピオイドの選択や量などに対応が必要である

NRS：

② レスキュー薬の使用 ☐ 0回/日 ☐ 1～3回/日 ☐ 4回以上/日

③ レスキュー薬の効果 ☐ なし。オピオイドの選択や量などに対応が必要である

副作用状況（問題点のみ記入する）

① 悪心・嘔吐 ☐ あり → ☐ 経過観察でよいと考える
☐ 制吐薬の変更またはスイッチングが必要である

② 便秘 ☐ あり → ☐ 経過観察でよいと考える
☐ 下剤の追加・変更またはスイッチングが必要である

ブリストルスケール（BS）：

③ 眠気 ☐ あり → ☐ 経過観察でよいと考える
☐ 減量やスイッチング等、対応が必要である

☐ 提案事項があります（上記の情報を踏まえ、具体的な提案事項を記載する）
☐ その他報告事項があります（補足などがあれば記載する）

○ 疼痛部位

