

<注意> このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。
疑義照会や緊急性のある問い合わせは、処方医師へ電話にてご確認のほどお願い致します。

医療用麻薬服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日 年 月 日

診療科：	保険薬局 名称・所在地
主治医：	
患者氏名：	
生年月日： 年 月 日	TEL： FAX：
担当薬剤師：	
この情報を伝えることに対して患者又は代諾者からの同意を ☐ 得た ☐ 患者からの同意は得ていないが、治療上重要と考えられるため報告する	
聞き取り日： 年 月 日	対応者： ☐ 本人 ☐ 家族（ ）
聞き取り方法 ☐ 電話 ☐ 面談 ☐ 患者から薬局へ連絡（問い合わせなど） ☐ その他（ ）	

【使用している鎮痛薬】

医療用麻薬（ベース）	（医薬品名） 例：オキシコドン徐放カプセル 5mg
医療用麻薬（レスキュー）	（医薬品名） 例：オキシコドン錠 2.5mg N X 1 回あたりの使用量（ / 回） ・ 1 日あたりの使用回数（ 回 / 日）
医療用麻薬以外の鎮痛薬等	

【痛みの評価】

痛みの強さ （NRS：0～10 の 11 段階で評価）	1 日で最も痛い時（ / 10） 1 日で最も落ち着いている時（ / 10） レスキュー使用前後の痛みの変化（ → ） 例：（ 8 → 5 ）
痛みの特徴（部位、性状等）	例：腹部にギューっつと圧迫されるような痛み。1 日に何回か強く痛む

【有害事象評価】

症状	無	有	症状の程度・支持療法薬剤の使用など
便秘	☐	☐	下剤の服用 ☐ 無 ☐ 有（詳細： ） ☐ 下剤等の追加・変更が必要。 ☐ 経過フォローでよいと考える。
悪心・嘔吐	☐	☐	制吐剤の服用 ☐ 無 ☐ 有（詳細： ） ☐ 予防制吐剤の継続処方（2 週間以上）がないことを確認した。 ☐ 制吐剤の変更が必要。 ☐ 経過フォローでよいと考える。
眠気	☐	☐ 不快感なし ☐ 不快感あり	☐ 医療用麻薬の変更等による対応が必要。 ☐ 経過フォローでよいと考える。
その他	☐	☐	（詳細： ） ☐ 薬剤の変更等による対応が必要。 ☐ 経過フォローでよいと考える。

【自由記載欄】