

岐阜県立多治見病院 薬剤部 御中  
 担当者 御中



疼痛状態に関する服薬情報提供書(疼痛用トレーシングレポート)

患者ID: \_\_\_\_\_ 保険薬局名称・住所 \_\_\_\_\_  
 患者名: \_\_\_\_\_  
 診療科: \_\_\_\_\_ 担当医: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
 処方日: 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 担当薬剤師: \_\_\_\_\_

下記の通り疼痛状態の確認を行いましたのでご報告いたします。

- 来局時対応  TELフォロー  その他( )  
 初回導入  継続指導 [オピオイド変更:なし・あり(増量・減量/スイッチング)]

《内容》

- 疼痛コントロール  副作用  その他( )

服用薬剤: ベース \_\_\_\_\_ 聞き取りした方: 本人・家族・その他介護者  
 レスキュー \_\_\_\_\_

提案事項  報告事項

●聞き取り日 ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )

有害事象名			備考
便秘	なし	あり	<input type="checkbox"/> 対応希望なし <input type="checkbox"/> 苦痛あるが、対応希望なし <input type="checkbox"/> 苦痛あり、対応希望あり
悪心	なし	あり	<input type="checkbox"/> 食事量変わりなし(G1) <input type="checkbox"/> 食事量減少(割)(G2) <input type="checkbox"/> 水分摂取不可(G3)
眠気	なし	あり	<input type="checkbox"/> 生活に変化なし <input type="checkbox"/> 日常生活に影響あり <input type="checkbox"/> 衣食住を伴う生活に影響あり

【痛みの部位】 以前と比較して 変化なし or 変化あり( )

【痛みの強さ】 以前と比較して 変化なし or 変化あり( )

【性状】 1.ズーンと重い 2.ズキツとする 3.ピリピリ、じんじんする  
 4. その他( )

【疼痛(NRS)】 普段:NRS \_\_\_\_\_ 疼痛悪化時:NRS \_\_\_\_\_

【患者目標(NRS)】 普段: \_\_\_\_\_

【レスキュー】 使用頻度: 平均 \_\_\_\_ 回/日  
 効果: あり・なし 使用前後のNRS ( \_\_\_\_ → \_\_\_\_ )

【患者・家族の評価】

痛みの残存があり、薬剤調整希望  痛みの残存はあるが、薬剤調整までは希望しない

【患者・家族の評価: 疼痛・副作用コントロールで達成されていない項目】

痛みに妨げられない睡眠の確保  安静時の痛みの軽減  体動時の痛みの軽減

【薬剤師の評価】

早期の臨時受診が必要  次回、薬剤調整の検討が必要  現行治療で問題なし

・アドヒアランス  良好  飲み忘れ有(忘れやすいタイミング: \_\_\_\_\_)  
 自己調節している(詳細: \_\_\_\_\_)

・そのほかの症状の出現  食事摂取量の低下  PSの低下  呼吸苦の発現  るい瘦