緩和医療薬薬連携　情報提供書（トレーシングレポート）

報告日　　　　年　　　月　　　日

保険薬局へのお願い

・この用紙による疑義照会報告はできません。ご注意ください。

・疑義照会は直接各科外来へお問い合わせください。TEL (045)832-1111（代表）

・南部病院ホームページ（病院・保険薬局連携ページ）からこの用紙の印刷ができます。　　　　この用紙を用いて、いつでも報告することが可能です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 宛先 | 〒234-8503 神奈川県横浜市港南区港南台3-2-10  社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市南部病院　薬剤部  緩和ケアチーム薬剤師  FAX：（045）831-4021 （薬剤部）　　TEL：（045）832-1111（代表） | |
| 患者番号：  患者氏名：  科名：  医師名： | | 保険薬局　名称・所在地    TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ・服薬アドヒアランス | | | □良好 | □不良（その他欄に詳細の記載をお願いします） |
| ・薬の管理状況 | | | □良好 | □不良（その他欄に詳細の記載をお願いします） |
| ・疼痛コントロール | | | □良好：NRS（　　） | □不良：NRS（　　） |
| ・レスキュー薬使用状況 | | | □0回/日 | □1～3回/日　　　□4回以上/日 |
| ・副作用 | | |  |  |
| ①悪心 | □なし → | □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。 | | | |
|  |  | □予防制吐薬の継続処方（2週間以上）があり不要である。 | | | |
|  | □あり → | □経過フォローでいいと考える。 | | | |
|  |  | □制吐薬の変更またはオピオイドスイッチングが必要である。 | | | |
| ②便秘 | □なし → | 下剤の服用 | | | |
|  |  | □なし　　□あり（その他欄に詳細の記載をお願いします） | | | |
|  | □あり → | □経過フォローでいいと考える。 | | | |
|  |  | □下剤の追加・変更またはオピオイドスイッチングが必要である。 | | | |
| ③眠気 | □なし |  | | | |
|  | □あり → | □経過フォローでいいと考える。 | | | |
|  |  | □オピオイドスイッチング等による対応が必要である。 | | | |
| ・その他 |  |  | | | |

＜報告事項＞