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＞