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：＿＿＿＿＿＿	保険薬局　名称・所在地
患者氏名：＿＿＿＿＿＿	＿＿＿＿＿＿
科名：＿＿＿＿＿＿	TEL：＿＿＿＿　FAX：＿＿＿＿
医師名：＿＿＿＿＿＿	担当薬剤師名：＿＿＿＿＿＿印

＜報告事項＞

・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