

【外来化学療法(点滴)患者用】医療用麻薬 適正使用のための施設間情報連絡書

※このFAXによる情報伝達は「疑義照会」ではありません。「疑義照会」は通常通り処方医へ確認してください。

患者ID(インシヤル:姓/名)	(/)	情報共有の患者同意	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得未
処方医	Dr.	電話確認日	年 月 日
次回来院日	年 月 日	電話対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()

【使用薬剤名】	【用量】	【用法】
定期薬①()	(mg/日)	()
定期薬②()	(mg/日)	()
頓用薬①()	(mg/回、μg/回)	(時間あけて服用可)
頓用薬②()	(mg/回、μg/回)	(時間あけて服用可)

【頓用薬の使用状況】
 1日平均使用回数(Total: ___回/日)、予防的投与(なし あり: ___回/日)

【痛みの評価】 聴取可能な範囲で記載お願いいたします。

<痛みの部位> 頭部・顔面、頸部、肩、腕・手、胸部、上背中、腰部、臀部、下肢、その他()

<痛みの性状(表現例があれば、☑のうえ、○で囲む)>
 鈍い、重い、ズーン、圧迫されたような 鋭い、ズキズキ、ヒリヒリ、しみるような こるような(筋肉が痙攣するような)
 電気が走るような(ビリビリ) 針で刺すような 焼けるような 締めつけられるような しびれるような
 その他の痛み()

<日常生活への影響> 安静時: (___)、体動時: (___)
 0 痛まない(症状無し) 1 少し痛むが、気にならない(現在の治療に満足している) 2 時に悪い日もあり、日常性生活に支障を来す
 3 しばしば酷い痛みがあり、日常生活に著しい支障を来す 4 痛くて耐えられない(ひどい痛みが常にある)

<痛みの強さ(NRS: Numeric Rating Scale)>
 通常(1日の平均) : (___ / 10)
 一番強いとき : レスキュー薬使用前 : (___ / 10) → レスキュー薬使用后 : (___ / 10)
 一番弱いとき : (___ / 10)

<夜間の睡眠>
 普通に眠れる たまに眠れない 眠れないことが多いが、眠剤を飲めば眠れる
 眠剤を飲んで、しばしば眠れない 眠剤を飲んで、全く眠れない

<痛みの増悪因子> 定期内服前、夜間、体動時、食前、食後、排尿、排便、その他()

<痛みの軽快因子> 安静、保温、冷却、マッサージ、その他()

【副作用発現状況】

<悪心・嘔吐 (☑のうえ、○で囲む)>
 ・悪心 なし(感じない、殆ど感じない) あり(時々感じる、いつも感じる) ⇒ 支持療法で対応(可、不可)
 ・嘔吐 なし あり(1日 ___ 回)
 ・使用している制吐剤(なし あり ⇒ 薬剤名:)

<便秘 (☑のうえ、○で囲む)>
 ・便秘 なし(感じない、殆ど感じない)
 あり(時々感じる、いつも感じる) ⇒ 支持療法(頓用で対応可、 定期使用で対応可、 対応不可)
 ・使用している緩下剤(なし あり ⇒ 薬剤名:)

・排便状況(1日に ___ 回、 ___ 日に1回、 おおよそ ___ 回/週)
 (ブリストル便スケール: ___ / 7)

ブリストル便スケール						
1	2	3	4	5	6	7
コロコロ便	←	普通便	←	水様便		

<眠気 (☑のうえ、○で囲む)>
 傾眠(なし あり: 時々、いつも眠たい) 呼吸数低下(なし あり: ___ 回/分) SPO2 (___ %)

<その他>

保険薬局名		氏名	
TEL		FAX	