FAX送信先：函館五稜郭病院 薬剤科（0138-51-7502）　　保険薬局 → 薬剤科 → 担当医

ベンゾジアゼピン系薬使用患者用 トレーシングレポート（服薬状況提供書）

※ベンゾジアゼピン系薬剤を１カ月以上服用している方（特に高齢者）に使用

処方医：　　科　　先生　　報告日　　年　　月　　日

ID：　　（生年月日：　　） 患者名		保険薬局 名称・住所
患者又は代諾者からの同意	□ 得た　□ 得ていない 代諾者続柄：	TEL：　　FAX：
□ 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。		担当薬剤師：　　印

● 服用中のベンゾジアゼピン系薬剤

_____

● 患者の睡眠薬服用に対する姿勢

□ やめたくない　□ やめたいけれど やめられないと思っている　□ やめたいと思っている

● 患者のせん妄に対する認知度

□ 知らない　□ 聞いたことがある　□ よく知っている

● 眠りの状態（アテネ不眠尺度）

1 寝つきの問題について（布団に入って電気を消してから眠るまでに要した時間）　□ 点

2 夜間、睡眠途中に目が覚める問題について　□ 点

3 希望する起床時間より早く目覚め、それ以上眠れない問題について　□ 点

4 総睡眠時間について　□ 点

5 全体的な睡眠の質について　□ 点

6 日中の満足感について　□ 点

7 日中の活動について（身体的および精神的）　□ 点

8 日中の眠気について　□ 点

合計　□ 点

その他、伝達事項があれば記入をお願いいたします。

（　　）医師からの返信を希望します（※速やかな返信が必要な場合は疑義照会にてお問い合わせください）

《注意》 このFAXによる伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。　　2023年 10月版