



オピオイド使用患者用 トレーシングレポート（服薬状況提供書）

処方医：	科	先生	報告日	年	月	日
ID：	(生年月日：)		保険薬局 名称・住所			
患者名						
患者又は代諾者からの同意	☐ 得た	☐ 得ていない	TEL：	FAX：		
	代諾者続柄：					
☐ 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	

- ・ 服薬アドヒアランス ☐ 良好 ☐ 不良 （伝達事項欄に詳細の記載をお願いいたします）
- ・ 薬の管理状況 ☐ 良好 ☐ 不良 （伝達事項欄に詳細の記載をお願いいたします）
- ・ レスキューの使用状況
 - ☐ ①～③のようなケミカルコーピングを疑う訴えはない
 - ☐ ①～③のいずれかの兆候あり （伝達事項欄に詳細の記載をお願いいたします）
 - ① レスキューの使用回数が極度に増えている。
 - ② オピオイドによると思われる眠気などの副作用が出現しているのに増量を希望する。
 - ③ 不安なとき、眠れないときに、それらの緩和を目的にオピオイドを使用してしまう。
- ・ 「痛み」についての質問
 - ・ 疼痛コントロール ☐ 良好 ☐ 不良 NRS ()
 - ・ レスキュー使用状況 ☐ 0回/日 ☐ 1～3回/日 ☐ 4回以上/日
 - ・ 副作用
 - ① 悪心・嘔吐 ☐ なし ☐ あり → ☐ 経過観察で問題はないと判断する
☐ 制吐薬の変更・追加等の対策が必要である
 - ② 便秘 ☐ なし ☐ あり → ☐ 経過観察で問題はないと判断する
☐ 下剤の変更・追加等の対策が必要である
 - ③ 眠気 ☐ なし ☐ あり → ☐ 経過観察で問題はないと判断する
☐ オピオイドスイッチング等の対策が必要である

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