

【鎮痛薬】 服薬情報等提供料に係る情報提供書

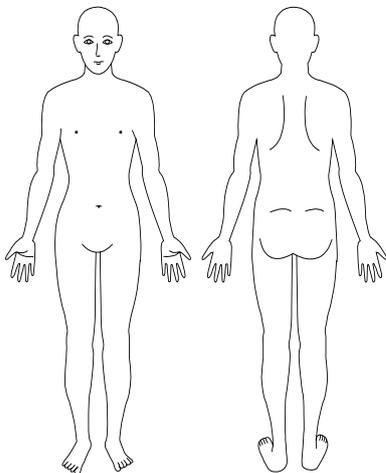
医療機関名	大阪鉄道病院	保険薬局名称	
担当医師	科 先生	保険薬剤師氏名	印
		TEL	
患者ID		処方箋発行日	年 月 日
患者氏名		聞き取り日	年 月 日
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男性・女性
患者同意	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → 署名 _____		

1. 痛み・鎮痛薬の評価 (痛む部位を囲み、□を選択し、NRS・レスキュー薬の使用回数を記入して下さい)

■ 痛みの部位

■ 痛みの性質:  鋭い  疼く  重い  鈍い  締め付けられる

差し込む  痺れる  電気が走る  \_\_\_\_\_



持続痛		突出痛			
■ NRS	最小:	最大:	最大:		
鎮痛薬	定期薬の服用状況		レスキュー薬	効果	
<input type="checkbox"/> オピオイド	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	回/日	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> NSAIDs	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	回/日	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	回/日	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 鎮痛補助薬	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	回/日	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	回/日	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
鎮痛効果の満足度	<input type="checkbox"/> 満足	<input type="checkbox"/> 不満足	鎮痛効果の満足度	<input type="checkbox"/> 満足	<input type="checkbox"/> 不満足

2. 副作用の状況

(「なし」または「あり」に□を付け、各項目を評価して下さい)

◆便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ブリストルスケール: _____)	◆眠気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> Grade1 便秘のため食事の工夫や、時々薬を使用した		<input type="checkbox"/> Grade1 普段より眠気があるが軽度	
<input type="checkbox"/> Grade2 便秘が続き、毎日薬を使用した		<input type="checkbox"/> Grade2 身の回り以外の日常生活動作に制限	
<input type="checkbox"/> Grade3 薬で症状が改善せず日常生活に支障がある		<input type="checkbox"/> Grade3 刺激に対する反応が鈍い	
◆吐き気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	◆不整脈	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> Grade1 吐き気はあったが食事は摂れた		*メサドン内服中の場合、□を付けて下さい	
<input type="checkbox"/> Grade2 吐き気があり食事量が減った		不整脈の症状: めまい、動悸、脈が遅くなる、	
<input type="checkbox"/> Grade3 吐き気で数日間、食事・水分が摂取できない		気を失う、脈がとぶ	

疼痛コントロール不良、評価が Grade3 以上の場合など、必要に応じて外来受診をお勧め下さい。

→  受診を勧めた

3. その他 (痛みや副作用により困っていること、治療上の悩みや不安、処方・検査提案など)