

# 疼痛フォローレポート

オピオイド レポート区分	<input type="checkbox"/> オピオイド初回 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 薬剤・投与量変更
-----------------	---	-----------------------------------

報告日： 年 月 日

※本レポートは広島県版トレーシングレポートと一緒に添付してFAXしてください。

患者ID：  
患者氏名：  
薬局名：  
担当薬剤師：

オピオイド 使用状況	薬剤名		投与量	
	ベース		mg/日	
	レスキュー		mg/回	頻度 回/日
	非オピオイド鎮痛薬 疼痛補助薬			
	アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )		
	残薬調整	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 次回処方時に調整が必要 ( )		
疼痛状況	強さ	評価スケール		数値
		安静時	<input type="checkbox"/> NRS <input type="checkbox"/> フェイススケール (0~5)	
		体動時	<input type="checkbox"/> NRS <input type="checkbox"/> フェイススケール (0~5)	
	睡眠への影響	<input type="checkbox"/> 確保できている <input type="checkbox"/> 痛みによる睡眠の妨げあり <input type="checkbox"/> 痛み以外での不眠		
	性状	<input type="checkbox"/> うずくような、鋭い痛み <input type="checkbox"/> 深く絞られるような、押されるような痛み <input type="checkbox"/> しびれ感を伴う、電気が走るような痛み		
	頻度	<input type="checkbox"/> 持続的 (いつもある) <input type="checkbox"/> 断続的 (とぎれとぎれ) <input type="checkbox"/> 突発的 (突然、一時的に)		
	部位			
疼痛コントロール評価		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
オピオイドの 副作用	嘔気	<input type="checkbox"/> Grade0 嘔気なし <input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下 <input type="checkbox"/> Grade2 体重減少、経口摂取量低下(水分は取れる) <input type="checkbox"/> Grade3 (水分も含め) 経口摂取不可	制吐剤 の使用	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし
	便秘	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	下剤の使用	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし (具体的に)
	眠気	<input type="checkbox"/> Grade0 なし <input type="checkbox"/> Grade1 軽度あり <input type="checkbox"/> Grade2 傾眠により日常生活に支障がある		
病院提供の自記式服薬記録の使用		<input type="checkbox"/> 使用できている <input type="checkbox"/> 使用できていない		
薬剤師からの提案		<input type="checkbox"/> 現行の処方継続で問題なし <input type="checkbox"/> オピオイド・その他鎮痛薬の投与量・種類の変更を検討 (詳細は備考欄) <input type="checkbox"/> 副作用に対する薬剤の変更 (追加・中止を含む) を検討 (詳細は備考欄)		
備考				