



<注意>この用紙は疼痛専用です。

トレーシングレポートは疑義照会ではありません。

疑義照会は通常の方法にてお願いします。

産業医科大学病院 御中

報告日 20__年__月__日

トレーシングレポート（疼痛用）

担当医 科 先生 侍史	保険医療機関・保険薬局 名称：
患者ID：	TEL：
患者名：	FAX：
生年月日（西暦）： 年 月 日	担当者名：
この情報を伝えることに対して患者の同意 <input type="checkbox"/> 得た（ 本人 ・ 家族 ・ その他： _____ ） <input type="checkbox"/> 得ていない	

下記の通り疼痛状況の確認を行いましたのでご報告いたします。

- 初回導入 継続指導【オピオイド変更： なし ・ あり（増量 ・ 減量 ・ スイッチング）】
 その他（ _____ ）

【提案・報告事項】 ※要点のみ記載(詳細を記載する場合は別紙をお願いします) 提案 報告**【確認内容】** 確認日：20__年__月__日 確認方法： 電話 その他（ _____ ）

※初回、スイッチ時は可能な限り服用開始3~4日以内をお願いします。継続の場合は、次回外来までの間をお願いします。

疼痛	痛みがある	平常時	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="checkbox"/> はい	悪化時	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	疼痛部位： _____	↓											
	レスキュー回数：1日平均 _____ 回	レスキュー使用後	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="checkbox"/> いいえ												
便秘	便秘薬を使用している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々(頓服) <input type="checkbox"/> 毎日										
		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> その他：										
悪心	ムカムカ感や吐きそうになることがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 食事内容や食事量が変化										
		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> ほとんど飲食できていない										
眠気	眠気がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 日常生活に影響あり										
		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 眠気で起きていられない										
その他													

この内容は薬剤部で確認後、必要に応じて主治医に報告します。内容に対して主治医または薬剤師から保険医療機関・保険薬局にお伝えすることが生じた場合には、その旨を下欄に記載しFAXにて返信致します。

【主治医・病院薬剤師からの伝達事項】 ※提供書確認者はレ点と名前を記載してください 確認いたしました（確認者： _____）