地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県総合医療センター薬剤部　　保険薬局⇒病院⇒担当医
FAX：0742-46-6001(代表)　　報告日：　　年　　月　　日

医療用麻薬フォローアップシート

診療科：　　科 処方医師名：	保険薬局名：
患者 ID： 患者名： 処方箋交付年月日：	電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師名：
この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た　□得ていない □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。	

医療用麻薬の指導に関する情報提供として、下記の通り報告いたします。
□服薬指導時　□テレフォンフォローアップ時（本人・家族）□患者からの問い合わせ

報告内容
【使用中の薬剤】
【情報提供内容】 服薬状況（アドヒアラン：□良好　□不良　□未確認 疼痛コントロール　：□良好　□不良　□未確認 ：□夜間痛みで起きてしまう　□動作時に痛みがある □安静時に痛みがある　□未確認 ：□NRS（　　）　□未確認 レスキュー回数（1日）：□4回以上　□4回未満　□使っていない　□未確認 レスキュー効果　：□良く効く　□まあ効く　□少し効く　□効かない　□未確認 疼痛部位・性状　：□痛い所（　　）□未確認 ：□内臓痛　□体性痛　□神経障害性疼痛　□未確認 副作用　：□便秘　□眠気　□悪心・嘔吐　□せん妄 □その他（　　）□未確認
【状況と報告内容】
【提案事項】

≪注意≫服薬情報提供は、疑義紹介ではありません。疑義紹介・及び緊急性の高い内容等は、従来通り電話で対応をお願いします。