

報告日： 2019 年 11 月 24 日

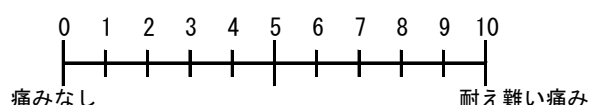
FAX送信先： ●●●●●●

FAX番号： 075 - 999 - 999

フォローアップシート：鎮痛薬

処方せん発行日	2019 年 11 月 7 日	保険薬局 名称・所在地	西京薬局
処方医	呼吸器内 科 ●● ●● 先生		
患者ID：	520-432-8712	電話番号：	075-365-854
患者氏名：	京 妹子	FAX番号：	075-810-253
生年月日：	1949 年 1 月 15 日	担当薬剤師名：	●● ●● 印
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るので報告いたします。			

【参考】痛みの評価方法：NRS (numeric rating scale) 数値評価スケール



痛みを「0：痛みなし」から「10：耐え難い痛み（これまで経験した一番強い痛み）」までの11段階に分け、痛みの程度を数字で選択する方法です。

1. 痛みおよび鎮痛薬の評価（痛みの種類など、追記事項があれば「その他」に記載してください）

持続痛について		突出痛について		
■ 疼痛部位 [右肋骨]	■ NRS [最大で 6]	■ 疼痛部位 [右下腹部]	■ NRS [最大で 5]	
		■ 出現回数 [最も多い時で、1日 3 回出現]		
定期服用薬	服用状況	レスキュー・頓服	1日の服用回数	服用後のNRS
☒ オピオイド	☒ 良好 ☐ 不良	☒ オピオイド	最も多い日で3 回	1
☐ NSAIDs	☐ 良好 ☐ 不良	☐ NSAIDs	最も多い日で 回	
☐ アセトアミノフェン	☐ 良好 ☐ 不良	☐ アセトアミノフェン	最も多い日で 回	
☐ 鎮痛補助薬	☐ 良好 ☐ 不良	☐	最も多い日で 回	
☐	☐ 良好 ☐ 不良	☐	最も多い日で 回	

※他院からの鎮痛薬処方： ☒ なし ☐ あり ⇒ “あり”の場合は処方内容を別途送付してください。

※使用薬の満足度： ☐ 満足 ☒ 不満 ⇒ “不満”の場合は理由を「その他」に記載してください。

※日常生活について：睡眠障害（☐ なし ☒ あり） 日常生活動作の支障（☒ なし ☐ あり）

2. 副作用の状況（“なし”または“あり”に○を付け、各項目を評価してください）

● 眠気（ ☒ なし ☐ あり）	■ 便秘（ ☒ なし ☐ あり ブリストルスケール：)
【特記事項】 ※睡眠障害など	☐ Grade1 不規則または間欠的な症状
	☐ Grade2 緩下薬や浣腸の定期使用を要する
	☐ Grade3 排便を要する頑固な便秘
■ 悪心（ ☒ なし ☐ あり）	■ 嘔吐（ ☒ なし ☐ あり）
☐ Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下	☐ Grade1 24時間に1～2エピソードの嘔吐
☐ Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化	☐ Grade2 24時間に3～5エピソードの嘔吐
☐ Grade3 カロリーや水分の経口摂取が不十分	☐ Grade3 24時間に6エピソード以上の嘔吐

※疼痛コントロール不良、副作用がGrade3以上の場合など、必要に応じて外来受診をお勧めください。 ⇒ ☒ 受診を勧めた

3. その他（治療上の悩みや不安、定期服用薬・レスキュー量・副作用対策の提案など）

痛みによる苦痛や睡眠障害を強く訴えられました。特に肋骨の持続痛に悩んでいるため、NSAIDsの追加をご検討していただけたら幸いです。ご本人には我慢せずに受診してもいいことをお伝えしています。