

# 緩和ケアフォローアップシート

保険薬局→医療機関

医療機関名 さいたま赤十字病院	患者名 様 ID
診療科	薬局名
医師名 先生御侍史	担当薬剤師
電話番号 048-852-1111 (代)	電話番号
FAX番号 048-852-1157 (薬剤部)	FAX番号
患者様より以下の内容の報告の	
<input type="checkbox"/> 同意を得ました <input type="checkbox"/> 同意を得られておりませんが、必要と思い報告致します。	

オピオイド	定時薬	レスキュー薬
その他の鎮痛薬		
その他の主な薬剤		

確認方法	<input type="checkbox"/> 薬局での聞き取り <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> その他 ( )
確認日	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(理由 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己調節 <input type="checkbox"/> 服薬拒否)

## 疼痛・症状アセスメント

痛みの発現時期	<input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> 週間前から <input type="checkbox"/> ヶ月前から <input type="checkbox"/> 頃から
持続痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (NRS: 最大 最小 ) 痛みの部位 ( )
突出痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (NRS: )
レスキュー回数	回/日   レスキューの効果 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (NRS: → )
レスキュー使用のタイミング	<input type="checkbox"/> 動作時( ) <input type="checkbox"/> 姿勢( ) <input type="checkbox"/> 時間帯( ) <input type="checkbox"/> 規則性はない
オピオイドの副作用	吐き気: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 持続的 <input type="checkbox"/> 体動時 <input type="checkbox"/> その他( )
	便秘: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   排便回数( )   便スケール( )
	眠気: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 持続的 <input type="checkbox"/> レスキュー使用時 <input type="checkbox"/> その他( )
悪液質評価	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 体重減少あり : kg ( / ) → kg ( / )
	<input type="checkbox"/> 倦怠感あり   CRP値: mg/dL   Hb値: g/dL   Alb値: g/dL

特に改善したい有害事象・医師へ伝えたい事項があれば記載してください

薬剤師としての提案事項・その他の報告事項

<<医療機関薬剤師 記載欄>>  
 確認しました  確認し医師へ報告しました  
 連絡事項