



FAX : 0859-38-6935

TEL : 0859-38-6936 (鳥取大学医学部附属病院 薬剤部)

【保険薬局の皆様へ】この情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り電話にてお願いいたします。

報告日： 年 月 日

患者相談用紙 (緩和ケア用)

患者 ID :	薬局名 :
患者名 :	TEL :
	FAX :
	担当薬剤師 :
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ている。 <input type="checkbox"/> 得ていない。	<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、 治療上重要だと判断し報告いたします。

<p>■評価 評価日： 年 月 日 (報告日と異なる場合は記載してください)</p> <ul style="list-style-type: none"> 痛みの場所 () 痛みの程度 (NRS:0-10) 痛みの性状 () *ホームページの表も参照ください 安静時 () 疼痛増悪時 () レスキュー使用後 () 突出痛の出現タイミング () 副作用 (該当するものに○) 傾眠 便秘 悪心 その他 (症状：) 詳細 () その他
使用薬剤 (他院含め今回の連絡に関連する必要な薬剤)
相談事項や提案事項等を記載してください。
返信欄