

# 服薬情報提供書 (トレーシングレポート) 《末梢神経障害薬》

《注意!!》このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

緊急性の高い問い合わせ や 疑義照会 は処方箋右側記載通りの方法でお願いします。

報告日

診療科		保険薬局(店舗名)名称・住所・TEL・FAX			
処方医	先生 御侍史				
ID番号 <small>※備考欄 10桁数字</small>					
ふりがな					
患者氏名		担当薬剤師			
生年月日		年齢	歳	性別	

※ この情報を伝えることに対して、患者さんから同意を  取得しました。  取得していないが、治療上重要と考えられる為、報告致します。

医療機関からの情報提供に基づき、必要な薬学的管理及び指導を行いました。下記の通り、ご報告する事項がございますので高配を賜りますようお願い申し上げます。

聴取日	年 月 日 ( )	対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 投薬時(調剤時) <input type="checkbox"/> 患者さんから薬局への問い合わせ <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時( )		

対処使用薬剤名	<input type="checkbox"/> ミロガバリン(タリージェ®)、 <input type="checkbox"/> プレガバリン(リリカ®) <input type="checkbox"/> その他(薬剤名: )	服薬開始日(初回)	年 月 日 ( ) mg/day 1日 回分服	腎機能評価	<input type="checkbox"/> C-G <input type="checkbox"/> eGFR (mL/min)
レジメン名 No. 薬剤名	(現在、次治療)	漸増日① (減量日)	月 日 ( ) mg/day へ 理由: <input type="checkbox"/> 漸増 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 浮腫	漸増日② (減量日)	月 日 ( ) mg/day へ 理由: <input type="checkbox"/> 漸増 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 浮腫
過去治療レジメン歴		指導薬剤師からのコメント 現状評価	<input type="checkbox"/> 現状維持 ( mg/day)、 <input type="checkbox"/> 次回増量、 <input type="checkbox"/> 減量希望 <input type="checkbox"/> しびれ(+・-) <input type="checkbox"/> 痛み(+・-) <input type="checkbox"/> 傾眠(+・-) <input type="checkbox"/> ふらつき(+・-)		
使用目的 疾患名・原因薬剤		<b>服薬指導時の確認事項と要点</b> <input type="checkbox"/> 「電気が走る」、「ひりひりする」、「しびれが強い」の主訴がある <input type="checkbox"/> 少量投与から開始し、徐々に増量する(1~3ヶ月)ことを説明 <input type="checkbox"/> ミロガバリン:初期用量10mg/日(=5mg×2回)、推奨用量30mg/日が目標 <input type="checkbox"/> 「すぐに痛みが取れる薬ではない」「痛みの改善は3カ月程度の長期間の期間で様子を見る必要性がある薬であること」を再確認 <input type="checkbox"/> 「すぐには効果を実感できなくとも、きちんと飲み続けることで痛みの改善が期待出来るお薬である」「痛みを完全に無くす薬ではない」 <input type="checkbox"/> 注意を要する副作用に傾眠・眠気、浮動性めまい・ふらつきがあり危険を伴う機械の操作/自動車の運転等をしないよう説明 <input type="checkbox"/> 痛み痺れの軽減を目指し、日常生活で出来なくなっていることが少しでも出来るようになることを治療目標として目指すよう説明			

現在の痛み痺れの数値 (ベース評価含む)	手 Grade: (1~4) NRS= (0~10)
	足 Grade: (1~4) NRS= (0~10)



==== 【腎機能別用量確認】 ※ 該当する用量を○で囲んで下さい ※ =====

腎機能 (CLcr: mL/min)	軽度 (90>CLcr≥60)	中等度 (60>CLcr≥30)	重度 (血液透析患者を含む) (30>CLcr)
1日投与量	10~30mg	5~15mg	2.5~7.5mg
初期用量	1回 5mg 1日 2回 (=10mg/day)	1回 2.5mg 1日 2回 (=5mg/day)	1回 2.5mg 1日 1回 (=2.5mg/day)
有効用量	最低	1回 10mg 1日 2回(20mg/day)	1回 5mg 1日 2回(10mg/day)
	推奨	1回 15mg 1日 2回 (=30mg/day)	1回 7.5mg 1日 2回 (=15mg/day)

腎機能 (CLcr: mL/min)	CLcr ≥ 60	60 > CLcr ≥ 30	30 > CLcr ≥ 15	CLcr < 15	血液透析後の補充用量
1日投与量	150~600mg	75~300mg	25~150mg	25~75mg	-
初期用量	1回 75mg 1日 2回	1回25mg 1日3回 又は 1回75mg 1日1回	1回 25mg 1日 1~2回 1回 50mg 1日 1回	1回 25mg 1日 1回	25又は 50mg
維持量	1回 150mg 1日 2回	1回50mg 1日3回 又は 1回75mg 1日2回	1回 75mg 1日 1回	1回25又は50mg 1日 1回	50又は 75mg
最高投与量	1回 300mg 1日 2回	1回100mg 1日3回 又は 1回150mg 1日2回	1回 75mg 1日 2回 1回 150mg 1日 1回	1回 75mg 1日 1回	100又は 150mg

【保険薬局 薬剤師 からのコメント】

==== 【病院側記入】 =====

回答日	
薬剤師	

- 内容を確認(主治医へ報告)
- 現状を継続し、経過観察
- 次回から 提案通りに変更