

患者様へ

この紙は、処方箋と一緒に、保険薬局へお渡しください
片頭痛治療薬の有効性や安全性を、より早く、より正確に判断するために
薬剤師の先生に情報提供をお願いしております

施設間情報連絡書

保険薬局 御中

キジマあたまのクリニック

当用紙を持参された患者様へ表面(下記☑)の服薬指導をお願いします。
また裏面の服薬情報提供書を用いた情報提供をお願いします。

※本日の容態は聞き取りましたので、**約()週間後**の容態をお聞きいただけますと幸いです

薬剤師の先生へのお願い：下記☑の通り服薬指導をお願いします

頭痛診断

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 前兆のある片頭痛 | <input type="checkbox"/> 前兆のない片頭痛 | <input type="checkbox"/> 慢性片頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 緊張型頭痛 | <input type="checkbox"/> 薬剤の使用過多による頭痛 | <input type="checkbox"/> CGRP関連予防薬投与中 |

片頭痛治療薬の服薬指導

- トリプタンとアセトアミノフェンやNSAIDsの両方を処方時
頭痛出現時トリプタンを服用して1～2時間しても効果なければ、NSAIDsを服用
- 片頭痛の予防薬処方時（下記4項目）
- ① 頭痛があるなしに関わらず毎日定期的に服用
 - ② 服用期間は最低3か月（3か月後に有用性を判定）
 - ③ 頭痛ダイアリーを毎日記載
 - ④ 急性期治療薬との併用可能を説明
- CGRP関連予防薬の自己注射薬やスマトリプタンの点鼻薬/自己注射薬の処方時
使用法等について説明
- トリプタンと制吐剤処方時
制吐剤は頭痛の予兆時に早めに服用し、頭痛出現時にトリプタンを服用
- 授乳時のトリプタン処方時
トリプタン内服後12時間授乳回避

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

報告日： 年 月 日

キジマあたまのクリニック 御中

保険薬局名
薬剤師氏名
住 所
電 話 番 号
FAX 番 号

担 当 医	木嶋 保	患 者 氏 名			
処方箋発行日		生 年 月 日	性別	男	女
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して同意を得た（患者本人・家族・他）					
<input type="checkbox"/> 電話フォローアップ不可のため下記空欄にてFAX送付します					

聞き取り日： 月 日 聞き取り方： 電話 その他（ ）

頭痛薬の服薬状況	
予防薬	<input type="checkbox"/> 忘れずに服用（9割以上） <input type="checkbox"/> ときどき忘れる <input type="checkbox"/> 半分以上忘れる（5割未満）
頓服薬	（処方日～聞き取り日までの期間中に） トリプタン・レイボーを服薬した回数（ ）回 → 服用のタイミング 頭痛発作（ ）分後 アセトアミノフェン・NSAIDsを服薬した回数（ ）回

有用性モニタリング					
質問項目		回答			
予 防 薬	予防薬の治療開始前と比べて 頭痛発作の回数や程度は変化しましたか？ <small>※複数選択可能</small>	発作回数が減った	痛みの程度が軽減した	頓服薬の効きが良くなった	変わらない
		<small>※薬剤師の先生へ 予防薬の効果を確認できるまで2～3カ月要することを説明し、現時点で効果に満足していなくても予防薬の服薬を継続するようご指導ください</small>			
頓 服 薬 ・トリプタン ・レイボー	頓服薬の効きはいかがですか？	非常に効果あり 痛みが消失した	やや効果あり 痛みはあるが 仕事や生活に支障がない	効果少ない？ 仕事や生活の能率は 低下している	効果なし 横にならなければ ならない
	頓服薬服薬何時間以内に痛みが消失/軽減しましたか？	1時間以内	2時間以内	4時間以内	4時間以内に 消失/軽減しない
共 通	薬を服用して気になる症状（副作用）はありますか？	予防薬の主な副作用 <input type="checkbox"/> ふらつき・ねむけ	<input type="checkbox"/> のどや首の締め付け感 <input type="checkbox"/> ふらつき・ねむけ		
	治療薬に満足していますか？ 治療に対し希望されることはありますか？	満足している	わからない	満足していない 具体的な希望があれば 下記コメント欄にご記入願います	

※色がついている部分に該当した場合、患者様に早めの受診を促して下さい

具体的な内容や指示した対応法

医師からの返答

レポート確認いたしました。ご報告ありがとうございました。

その他コメント

※この情報伝達は疑義照会ではありません

↑ FAX送信：キジマあたまのクリニック ↑
076-289-7431