

服薬情報提供書（頭痛トレーニングレポート）

報告日 年 月 日

福井県済生会病院薬剤部 御中

保険薬局名 _____
 薬剤師名 _____
 住所 _____
 電話番号 _____
 FAX番号 _____

担当医	患者氏名・ID
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。（本人・家族・その他）	
<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。	

聞き取り日： 年 月 日 聞き取り方法： 電話 その他（ ）

服薬状況	
● 処方日から聞き取り日までの期間中に	
トリプタンを服用した回数	() 回
アセトアミノフェン、NSAIDs を服用した回数	() 回
OTC鎮痛薬を服用した回数	成分名 () () 回
● 急性期治療薬服用のタイミング	頭痛発作 () 分後
● 予防薬の飲み忘れ	() 回

有効性	
急性期治療薬服用後、2時間以内に頭痛は改善（動ける様になる）しましたか。	①毎回改善する ②改善する事が多い ③どちらともいえない ④改善しない事が多い ⑤毎回改善しない
頭痛改善24時間以内に頭痛の再発がありましたか。	①再発はない ②たまに再発する ③どちらともいえない ④再発する事が多い ⑤毎回再発する
予防薬、急性期治療薬を服用しても痛みが強く、日常生活に支障がありましたか。	①支障はない ②たまに支障がある ③どちらともいえない ④支障ある事が多い ⑤毎回支障がある

安全性	
(急性期治療薬、予防薬服用時) 眩暈や眠気はありましたか。	①感じる事はない ②たまに感じる ③どちらともいえない ④感じる事が多い ⑤毎回感じる
(トリプタン服用時) 喉や首の辺りの締め付け感、動悸はありましたか。	①感じる事はない ②たまに感じる ③どちらともいえない ④感じる事が多い ⑤毎回感じる
(CGRP関連薬使用時) 蕁麻疹等の過敏反応はありましたか。	①全くない ②疑わしい症状がある ③出現している

治療に満足していますか。	a. はい b. わからない c. いいえ
--------------	-----------------------------

具体的な内容や指示した対応法

医師・病院薬剤師からの返答

FAX送信：福井県済生会病院薬剤部 0776-28-8542

北陸頭痛トレーニングレポート（福井済生会病院Ver.：成人版）2022.03作成