

# 服薬情報提供書（頭痛トレーシングレポート：小児）

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	
アセトアミノフェンを服用した回数	( ) 回
トリプタンを服用した回数	( ) 回
OTC鎮痛薬を服用した回数	成分名 ( ) 回
● 服用のタイミング	アセトアミノフェン 頭痛 ( ) 分後
	トリプタン 頭痛発作 ( ) 分後
● 予防薬の飲み忘れ	( ) 回

有効性	
アセトアミノフェン服用後頭痛は消失しましたか。	①毎回消失する    ②消失する事が多い    ③どちらともいえない    ④消失しない事が多い    ⑤毎回消失しない
トリプタン服用後2時間以内に頭痛は消失しましたか。	①毎回消失する    ②消失する事が多い    ③どちらともいえない    ④消失しない事が多い    ⑤毎回消失しない
予防薬、鎮痛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	
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) 喉や首の辺りに締め付け感はありましたか。	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

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

北陸頭痛トレーシングレポート（福井済生会病院Ver.：小児版）2022.03作成



社会福祉法人 福井県済生会支部  
 福井県済生会病院