

緩和治療日記

【冊子版】

初めて医療用麻薬を使用される方へ 痛みの日記をつけてみましょう

～導入時～



次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡しください。

1, はじめに	-----	P.2
2, がんの痛み、我慢しないでください	---	P.3
3, 治療の目標を決めましょう	-----	P.5
4, 痛み止めに対する疑問・質問	-----	P.6
5, 医療用麻薬の副作用と対策	-----	P.9
6, 医療用麻薬の使い方	-----	P.10
7, 痛みをやわらげる工夫	-----	P.11
8, 緩和ケアについて	-----	P.13
9, 緩和治療日記をつけてみましょう	-----	P.15

1. はじめに



「痛くなるのが心配。」「痛みで苦しむんじゃないか。」

がんと診断された患者さんからよく相談いただく内容です。

実際、がんによる痛みは多くの方が経験される症状です。しかし、WHO（世界保健機関）は「がんの痛みは治療可能であり治療されるべき」ものとしています。もちろん、このためには適切に痛み止めを使用することが必要ですし、そのためには皆様の痛みの程度をわれわれに教えていただければと思います。

緩和治療日記には、その日の痛みの強さや薬を使用した時間、副作用の状態などを記録できるようになっています。気になったことを医師や看護師、薬剤師にご相談いただくとき、日記の記録と照らし合わせていただくと、より伝わりやすくなると思います。医師や看護師、薬剤師はあなたの家での痛みの様子や痛み止めの効果を正確に知ることでより早く次の対応を考え、よりよいアドバイスをすることができます。

この日記があなたの痛みの治療に役立ち、少しでもあなたらしい生活が続けられるように願います。

2. がんの痛み、我慢しないでください

痛みがあると、動きにくい、夜ねむれないなど、痛みが原因で普段通りの生活を送ることに支障が出る場合があります。

また、痛みで体がつらいと、気持ちもつらくなり、落ち込んだり、人と会いたくなくなったり、以前楽しんでいたことが楽しめなくなることもあります。

痛みは体にとってはストレスです。痛みが強いままだと、体力や免疫力が低下し、抗がん治療を続けること自体が困難になることもあります。

「痛みはできるだけ我慢する」という信念をお持ちの方もおられますが、日常生活に支障が出始めたら、さすがに痛み止めを使うことを考えませんか？

がんだから痛くても仕方がない、ということはありません。

がんの痛み、がまんしないでください。



痛みを我慢すると…



眠れない



食べられない



気持ちが落ち込む



人と会いたくない

痛みがあると動きにくいだけでなく、眠れない、食べられないなど 体力低下につながります。体力が低下すると免疫力も低下し、治療を続けることが困難になります。また、気持ちが落ち込んだり気力がなくなったり 自分らしい生活ができなくなります。

「がんなんだから仕方ない」と

あきらめないでください！

3. 治療の目標を決めましょう

痛みはお薬によってやわらげることができます。

痛みがやわらいたら何をしたいですか？

とにかく痛みが抑えられればいい方

自宅での生活を目指して退院を目標とされる方

病気がわかる前のように日常生活を過ごすことを希望される方

痛みがあるとできない旅行などのイベントを目標とされる方

もちろん同時に行われているがん治療や病状の経過、体調との兼ね合いもありますが、それぞれの思いがあたりだと思えます。

痛みの治療はあなたの思いを助ける手助けをしてくれるはずです。

主治医の先生から病状、治療予定や今後の見込みなどを聞いてみてください。その上であなたの目標を決めてみましょう。

目標を考えることは、ご自身が何を目標として治療を続けるのか、見つめ直すきっかけになるかもしれません。

4, 痛み止めに対する疑問・質問

～Q&A～



医療用麻薬は痛みを緩和するために最も多く使われる薬です。昔は怖い薬と思われていましたが、現在では使い方も変わり、安全で非常に有効な薬であると世界的にも認められています。
医療用麻薬について多く聞かれる疑問についてお答えします。

Q 痛みは我慢しないほうがよいのですか？

【答え】痛みをがまんすることは身体にとってストレスになり、かえって体力を消耗します。適切な方法で痛みを取ることで、活動的な生活ができるようになるでしょう。また、痛みを長い間がまんしていると徐々に悪化し、余計に多くの鎮痛薬が必要になるともいわれています。がまんせずに早いうちに鎮痛薬の使用を始めましょう。

Q 痛みを取ったら病気の進行がわからなくなったり、治療に影響しませんか？

【答え】痛みを取り除いても、X線検査などの結果から病気の状態は正確に判断できますので心配いりません。むしろ検査を受ける時に、痛みがあって同じ姿勢を保つことができないと支障がでますので、できればあらかじめ鎮痛薬を使用してから検査を受けたほうがよいでしょう。

また、痛みの緩和をしながら病気の治療を行いますので、治療への影響はありません。痛みがあると体力を消耗し、かえって治療に耐えるだけの余力がなくなってしまうかもしれません。痛みを取って治療や生活にエネルギーを注ぎましょう。

Q 早いうちに医療用麻薬を使って、あとで効かなくなるということはないのですか？

【答え】長い間使ったり、量を増やしても効かなくなることはありません。また、指示を守っていれば癖になることはありません。痛みの原因がなくなれば医療用麻薬をやめることもできます。ただし、中止する場合は医師の指示に従って、徐々に減らす必要があります。

Q 医療用麻薬は病状の悪い人だけが使う薬ではないのですか？

【答え】医療用麻薬は症状が悪いから使う薬ではなく、強い痛みに対して使う薬です。痛みが強い手術のあとや、悪性腫瘍以外の痛みにも使われています。医療用麻薬を使い始めたからといって、病状が悪いというわけではありません。

Q 痛み止めは医療用麻薬以外にはないのですか？

【答え】鎮痛薬にはたくさんの種類があり、どの薬を使うかは痛みの種類や強さによって決まります。軽い痛み止めから始めて、徐々に強い薬に切り替えていきます。また、医療用麻薬は他の鎮痛薬と併せて使うこともあります。

Q 医療用麻薬は怖い薬ではないのですか？

【答え】医療用麻薬は、痛みに対して使う場合には怖い薬ではありません。昔は痛みががまんできないほど強くなってから医療用麻薬を使っていたので、それだけ多くの量の医療用麻薬が必要でした。そのため脳にも一度にたくさんの医療用麻薬が行き、麻薬中毒になることがありました。しかし、今では、身体に悪い影響を与えない量を定期的に使うようになったので安全性が高まりました。つまり、ビールを何本も一気に飲めばアルコール中毒になってしまうかもしれませんが、適量を飲めば中毒にならないのと同じです。

Q 医療用麻薬の副作用の心配はないですか？

【答え】医療用麻薬の副作用として、便秘、嘔気などがあります。便秘はほとんどの人に起こるので、下剤を飲んでいただく必要があります。嘔気は出る人と出ない人がいます。出た場合でも、飲み始めて1～2週間すると自然に軽くなります。それまでの間は嘔気止めを使うこともあるので、心配いりません。その他の副作用も対処方法がありますのでご安心ください。なお、副作用が出たからといって医療用麻薬を勝手に中断したり、量を変更することは危険です。必ず医師の指示に従ってください。

Q 医療用麻薬は身体によくないと聞きましたが大丈夫ですか？

【答え】人間の身体の中には医療用麻薬と同じような物質があります。ですから、身体にとって悪い影響はほとんどありませんし、命を縮めたりすることはありません。むしろ痛みをがまんすることのほうがストレスとなり、心身ともに悪い影響を及ぼします。

Q 医療用麻薬を使うと何もできなくなってしまうませんか？

【答え】痛みが取れることで身体が楽になり、本を読んだり散歩したり、お話することが今までより楽にできるようになります。身体に合った量を使えば、眠ってしまったり、意識がもうろうとすることはありません。医療用麻薬を使いながらお仕事をされているかたもいらっしゃいます。

5. 医療用麻薬の副作用と対策

医療用麻薬の主な副作用は「便秘」「吐き気」「ねむ気」の3つです。

便秘 頻度は 80%以上

ほとんどの方で使用中はずっとみられます。

対策 下剤の量や種類を調整します。



吐き気 頻度は 30%

使用して1~2週間みられることがありますが、その後軽くなることがほとんどです。

対策 → 吐き気止めを飲んでいただくことがあります。

ねむ気 頻度は 30%

使用して2~3日にみられることがありますが、その後なくなることがほとんどです。

対策 → 軽度なら数日以内におさまるので様子を見てください。ひどければ主治医へ連絡してください。



「痛み」をとることと「副作用」を予防することの2つが大切です。「痛み」と「副作用」のバランスをいつも確かめ合いましょう。

6. 医療用麻薬の使い方



✦ まずは定期使用を

医療用麻薬は痛くなってからではなく、決められた時間に決められた量を定期的に使用しましょう。

→ 定期的に使用することで、いつも痛くない状態を目標とします。

✦ 突然の痛みや痛みが増した時は追加薬(レスキュー)を

定期的に医療用麻薬を使用した上で、痛みが強い時には、無理をせず追加薬(レスキュー)を使用しましょう。

- 追加薬(レスキュー)は即効性のあるお薬に設計されていますので、痛みを早くやわらげることができます。
- 追加薬(レスキュー)は指示された一定の時間をあけると、1日に何回でも使用できます。1日に使用した回数は書き留めておきましょう。
- 追加薬(レスキュー)は予防的にも使用できます。
リハビリ前や身体を動かす前などに使用してみてください。

✦ この様な時は医療者へ相談を

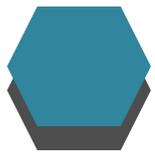
- 追加薬(レスキュー)の使用回数が増加した。
 - 薬の切れ間に痛みが出る。
など
- 定期的に使うお薬の量が不足している可能性があります。



7. 痛みをやわらげる工夫

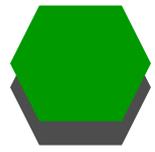
痛みをやわらげるために
こんな工夫も効果があります





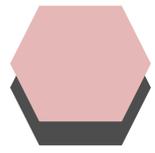
ぐっすり眠る

- 体と心を休めることが大切です



安静にする

- 痛みが強いとき、体の疲れを感じる時は安静にし、休息することも大切です
- 適切な休息は体にとっても良い効果をもたらします



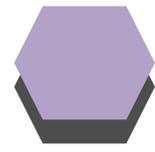
温める

- 温タオル、カイロ、電気毛布、湯たんぽ、入浴など医師や看護師に確認してください
- 低温やけどに注意してください



リラックスする

- 筋肉をほぐすストレッチ・深呼吸、腹式呼吸



マッサージ

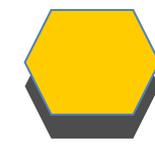


- 痛みの場所をかばって周りの筋肉がこわばっていることも多いです。マッサージが心地よいと思えたら家族にさすってもらうだけでも痛みが軽くなる場合があります
- マッサージで痛みを悪化させることもあるため医師に相談してください



軽い運動を取り入れる

- 散歩：気分転換にも
- 体操：無理のない範囲で軽く



うまく気晴らしをする

- 音楽を聴く
- テレビを観る
- おしゃべりをする
- 趣味を楽しむ



8. 緩和ケアについて

緩和ケアは病気そのものの治療だけでなく、身体や心などの様々なつらさを和らげ、よりよい生活を送ることができるように、あなたとご家族を支える医療です。



緩和ケアは従来では病気の治療を終えてから行うものという考え方がありました。しかし、現在では病気の治療と一緒に受けるものと考えられています。病気の時期や種類は問いません。



院内には、**緩和ケア外来**や**緩和ケアチーム**があり、医師、看護師、薬剤師、栄養士、医療ソーシャルワーカー、リハビリ専門家等が協力し、主治医と共に緩和ケアを行っています。

ご希望の方は、担当の医師や看護師に声をおかけください。

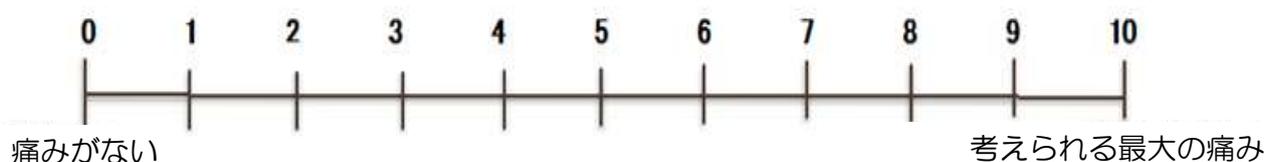


11, 緩和治療日記をつけてみましょう



① 痛みの強さを表現しましょう

痛みの推移を把握するために0から10までの数字で表現してみてください。だいたい数字で大丈夫です。



- 全く痛みがない時を 0
- 考えられる最大の痛みを 10

として表に朝・昼・夕の数字に○をつけてください。

② 痛みの場所が複数ある場合は、色を変えてつけてみましょう

③ どの程度痛みがとれる事を目指しますか？

※あなた自身の目標をたてましょう。

診察時に日記をスタッフに見せてください。

次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡しください。

● 緩和治療日記の記入例

使用されているお薬 : フェントステープ 1mg、オキノーム 散2.5mg

現在使用中の痛み止めを記入してください。

	4月 1日 月曜日			4月 2日 火曜日			4月 3日 水曜日				
	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕		
痛みの強さ	強い(最大)	10	10	10	10	10	10	10	10		
	↑	9	9	9	9	9	9	9	9		
		8	8	8	8	8	8	8	8		
		7	7	7	7	7	7	7	7		
		6	6	6	6	6	6	6	6		
		5	5	5	5	5	5	5	5		
		4	4	4	4	4	4	4	4		
		3	3	3	3	3	3	3	3		
		2	2	2	2	2	2	2	2		
	弱い	1	1	1	1	1	1	1	1		
なし	0	0	0	0	0	0	0	0			
痛みの性状と頻度	<input type="checkbox"/> ズーン										
	<input checked="" type="checkbox"/> スキズキ										
	<input type="checkbox"/> ジンジン										
	<input checked="" type="checkbox"/> 差し込む痛み										
	<input type="checkbox"/> 押さえて痛い										
	<input checked="" type="checkbox"/> (所々チクチクする)										
	<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)										
<input checked="" type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)											
<input type="checkbox"/> 突発的(突然)											
使用状況	定期使用薬	<input checked="" type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input checked="" type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input checked="" type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			
	レスキュー薬 使用回数	F			F			T			
あなたの状態	吐き気	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき) <input type="checkbox"/> 強い			<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき) <input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い			
		<input type="checkbox"/> 吐いた()			<input type="checkbox"/> 吐いた()						
	お通じ	<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便) <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 普通(いつも通り) <input checked="" type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便) <input type="checkbox"/> 軟便 <input checked="" type="checkbox"/> 普通(いつも通り) <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便) <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 普通(いつも通り) <input checked="" type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便がない			
		下剤の追加	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
		日中の眠気	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)		
	睡眠		<input type="checkbox"/> 眠れた <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input checked="" type="checkbox"/> 何度も起きる <input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れた <input checked="" type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 何度も起きる <input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れた <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 何度も起きる <input type="checkbox"/> 眠れない		
気がついたこと、変わったこと、気になること、医師へ伝えたいことなどお書き下さい。		以前より痛みは良くなってきているが、もう少し落ち着いて欲しい。特に動くとき。			レスキューを使うと動くときも少し楽。日中の眠気はないが、夜寝つきが悪い。何か薬があれば欲しい。			今日はレスキューを使う回数が2回です。もう少し日中の痛みが落ち着くといい。			

朝・昼・夕にこだわらず、自由に記入してください。

毎日、定期的を使用するお薬(ベース)の使用状況をチェックしてください。

追加薬(レスキュー)の使用回数を使うたびに、チェックしておきましょう。

気になる事があれば、書き留めて次回の診察などで相談してください。

次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡してください。

使用されているお薬：

		月	日	曜日	月	日	曜日	月	日	曜日	
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	
痛みの強さ	強い(最大)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	↑ ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	弱い	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
痛みの性状と頻度		<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			
		<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			
		<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			
		<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			
		<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			
		<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			
		<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			
		<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			
		<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			
使用状況	定期使用薬	<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			
	レスキュー薬 使用回数										
あなたの状態	吐き気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			
		<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			
		<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			
		<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			
	お通じ	<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			
		<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			
		<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			
		<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			
	<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない				
	下剤の追加	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
日中の眠気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない				
	<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し				
	<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)				
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた				
	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い				
	<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる				
	<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない				
気がついたこと、変わったこと、気になること、医師へ伝えたいことなどお書き下さい。											

医療スタッフから伝えたい内容がありましたら
右の余白欄へ記載して下さい。

月 日 曜日											
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た		
<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し		
<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)		
<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた		
<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い		
<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる		
<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない		

次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡しください。

使用されているお薬：										
		月 日 曜日			月 日 曜日			月 日 曜日		
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
痛みの強さ	強い(最大)	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	↑ ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2	2	2
	弱い	1	1	1	1	1	1	1	1	1
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
痛みの性状と頻度		<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
		<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
		<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
		<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
		<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
		<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
		<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
		<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
		<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
使用状況	定期使用薬	<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
	レスキュー薬 使用回数									
あなたの状態	吐き気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
		<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
		<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
		<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
	お通じ	<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
		<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
		<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
		<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
		<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
	下剤の追加	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	日中の眠気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
		<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し		
		<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)		
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			
	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			
	<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			
	<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			
気がついたこと、変わったこと、気になること、医師へ伝えたいことなどお書き下さい。										

医療スタッフから伝えたい内容がありましたら
右の余白欄へ記載して下さい。

月 日 曜日											
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た		
<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し		
<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)		
<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた		
<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い		
<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる		
<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない		

次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡しください。

使用されているお薬：										
		月 日 曜日			月 日 曜日			月 日 曜日		
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
痛みの強さ	強い(最大)	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	↑ ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2	2	2
	弱い	1	1	1	1	1	1	1	1	1
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
痛みの性状と頻度		<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
		<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
		<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
		<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
		<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
		<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
		<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
		<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
		<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
使用状況	定期使用薬	<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
	レスキュー薬 使用回数									
あなたの状態	吐き気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
		<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
		<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
		<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
	お通じ	<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
		<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
		<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
		<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
		<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
	下剤の追加	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
日中の眠気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			
	<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			
	<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			
	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			
	<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			
	<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			
気がついたこと、変わったこと、気になること、医師へ伝えたいことなどお書き下さい。										

医療スタッフから伝えたい内容がありましたら
右の余白欄へ記載して下さい。

月 日 曜日											
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た		
<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し		
<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)		
<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた		
<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い		
<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる		
<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない		

次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡しください。

使用されているお薬：

		月 日 曜日			月 日 曜日			月 日 曜日		
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
痛みの強さ	強い(最大)	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	↑ ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	弱い	1	1	1	1	1	1	1	1	1
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
痛みの性状と頻度		<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
		<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
		<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
		<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
		<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
		<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
		<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
		<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)				
使用状況	定期使用薬	<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
	レスキュー薬 使用回数									
あなたの状態	吐き気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
		<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
		<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
		<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
	お通じ	<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
		<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
		<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
		<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
		<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
	下剤の追加	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
日中の眠気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			
	<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			
	<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			
	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			
	<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			
	<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			
気がついたこと、変わったこと、気になること、医師へ伝えたいことなどお書き下さい。										

医療スタッフから伝えたい内容がありましたら
右の余白欄へ記載して下さい。

月 日 曜日											
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た		
<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し		
<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)		
<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた		
<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い		
<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる		
<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない		

あなたの痛みの治療の目標について

- あなたの思いやしいことを記入しましょう

あなたの痛みの治療の希望について

- 担当医、薬剤師、看護師への希望を記入しましょう

あなたの痛みの治療について

- 担当医、薬剤師、看護師からの説明について整理してみましょう



覚え書き

ふりがな	
お名前	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
連絡先	



緊急連絡先

病院・往診医・施設

	病院名	電話番号	担当者
①			
②			



訪問看護ステーション・訪問介護ステーション

	ステーション名	電話番号	担当者
①			
②			



ご家族・親戚・その他

	名前	電話番号	続柄
②			
③			



気になること、疑問に思うこと、更に詳しい情報がほしい
などありましたら、遠慮なく各科スタッフへお問い合わせ
ください。

発行元：広島市立広島市民病院 緩和ケア委員会