

痛み止めの記録

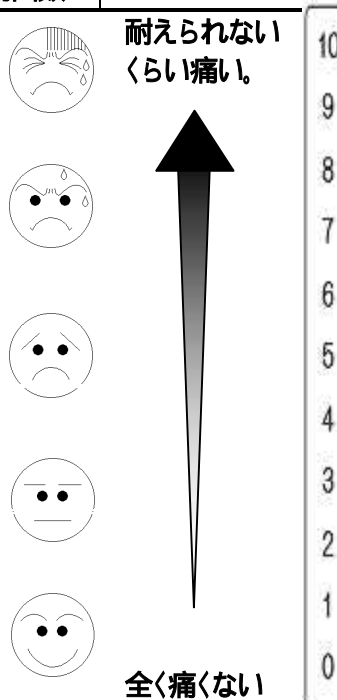
平成 年 月 日 ~ 月 日

お名前

様

目標：「痛みのない生活を送ろう！」

お薬を使ったら をつけましょう。貼り薬はとりかえた日に をつけましょう。

日付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	時																	
	時																	
	時																	
	時																	
レスキュー 服用回数																		
日常の痛みの強さ  耐えられないくらい痛い。 全く痛くない	10																	
	9																	
	8																	
	7																	
	6																	
	5																	
	4																	
	3																	
	2																	
	1																	
0																		

以下の副作用の状況を教えてください。

便秘
(あり・なし)

吐き気
(あり・なし)

眠気
(あり・なし)

めまい・ふらつき
(あり・なし)

日常生活は？
・満足
・何とかして欲しい

診察時に医師にお見せください。また、薬局にもお持ちください。

連絡先

目標: 「痛みのない生活を送ろう！」

お薬を使ったら をつけましょう。貼り薬はとりかえた日に をつけましょう。

日付		1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	
オキソコチン(5) 1錠	8時	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
オキソコチン(5) 1錠	20時	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	
デュロテップ5mg	11時	○			○										○		
	時																
レスキュー服用回数	オプソ(5)1包		1回					1回			2回				1回		
日常の痛みの強さ 耐えられないくらい痛い。 ↑ 全く痛くない	10																
	9																
	8		○						○						○		
	7							○				○				○	
	6	○											○				
	5							○							○		
	4																
	3																
	2																
	1																
	0																

以下の副作用の状況を教えてください。

便秘
(あり・なし)

吐き気
(あり・なし)

眠気
(あり・なし)

めまい・ふらつき
(あり・なし)

日常生活は?
・満足

○ 何とかして欲しい
時々強い痛みを感じる。