

痛み日記

【シート版】



受診時には日記を
医師、スタッフに
お見せください



疼痛緩和治療をお受けになれば、
がん患者さんに痛みのない日常生活を
笑顔で送っていただくことができます。

そのためには、患者さんご自身が
痛みを我慢しないで、どこが、どのくらい痛むのかを
医師や医療スタッフへしっかり伝えることが大切です。

でも、痛みの強さや感じ方には個人差があり、
診察時に思い出しながら言葉で伝えるのは
難しいものです。

痛みの治療に役立つように、
毎日の痛みがどうだったかを記録する
痛み日記をつけることをお勧めします。



痛み日記記入例

次回受診時にこの日記を担当医にお渡しください。

痛む部位 ● …腰 ★ …右胸 次回受診日 月 日 ()

日時		月 日 ()			月 日 ()			月 日 ()		
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
痛みの強さ	5									
	4									
	3									
	2									
	1									
	0									
錠痛薬	薬(オキシコンチン) (5) mg 定期時間 9 21 時				10mg ^					
頓服	薬(オキノーム) (5) mg	8:00 14:30 20:00			6:00 15:00					
あなたの状態	食欲	有 <input type="radio"/> 少ない <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>			有 <input type="radio"/> 少ない <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>			有 <input type="radio"/> 少ない <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		
	嘔気 吐き気止めの使用 薬(ノバミン)	無 <input type="radio"/> 少し <input type="radio"/> 強い <input type="radio"/> 吐いた()回			無 <input type="radio"/> 少し <input type="radio"/> 強い <input type="radio"/> 吐いた()回			無 <input type="radio"/> 少し <input type="radio"/> 強い <input type="radio"/> 吐いた()回		
	排便 下剤の使用 薬(マグミット)	下痢 軟便 普通 硬い 排便がない <input type="radio"/>			下痢 軟便 普通 硬い 排便がない <input type="radio"/>			下痢 軟便 普通 硬い <input type="radio"/> 排便がない		
	睡眠	眠れ <input type="radio"/> 寝つきが悪い 何度も起きる 眠れない			眠れ <input type="radio"/> 寝つきが悪い 何度も起きる 眠れない			眠れた 寝つきが悪い 何度も起きる 眠れない		
	眠気	無 <input type="radio"/> 少し <input type="radio"/> 強い <input type="radio"/>			無 <input type="radio"/> 少し <input type="radio"/> 強い <input type="radio"/>			無 <input type="radio"/> 少し <input type="radio"/> 強い <input type="radio"/>		
	気が付いたこと 変わったこと 医師に伝えたいことなど 自由に記載してください									
今週の満足度	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 現在の疼痛治療に満足 <input type="checkbox"/> 時々症状があるが日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 症状があり日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> ひどい症状が持続している									

痛み日記

次回受診時にこの日記を担当医にお渡しください。

痛む部位 _____

次回受診日 月 日 ()

日時		月 日 ()			月 日 ()			月 日 ()		
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
痛みの強さ	5									
	4									
	3									
	2									
	1									
	0									
鎮痛薬	薬 () () mg									
	定期時間 時									
頓服	薬 () () mg									
あなたの状態	食欲	有	少ない	無	有	少ない	無	有	少ない	無
	嘔気 吐き気止めの使用	無	少し	強い	無	少し	強い	無	少し	強い
	薬 ()									
	排便 下剤の使用	下痢	軟便	普通	下痢	軟便	普通	下痢	軟便	普通
	薬 ()	硬い	排便がない		硬い	排便がない		硬い	排便がない	
	睡眠	眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い	
	何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		
眠気	無	少し	強い	無	少し	強い	無	少し	強い	
気が付いたこと 変わったこと 医師に伝えたいことなど 自由に記載してください										
今週の満足度		<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 現在の疼痛治療に満足 <input type="checkbox"/> 時々症状があるが日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 症状があり日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> ひどい症状が持続している								

痛みの強さ

なし						最大
	0	1	2	3	4	5

月 日()			月 日()			月 日()			月 日()		
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
有	少ない	無									
無	少し	強い									
吐いた()回			吐いた()回			吐いた()回			吐いた()回		
下痢	軟便	普通									
硬い	排便がない		硬い	排便がない		硬い	排便がない		硬い	排便がない	
眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い	
何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない	
無	少し	強い									

今週の満足度	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 現在の疼痛治療に満足 <input type="checkbox"/> 時々症状があるが日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 症状があり日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> ひどい症状が持続している
---------------	--

痛み日記

次回受診時にこの日記を担当医にお渡しください。

痛む部位 _____

次回受診日 _____ 月 _____ 日 ()

日時		月 日 ()			月 日 ()			月 日 ()		
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
痛みの強さ	5									
	4									
	3									
	2									
	1									
	0									
鎮痛薬	薬 () () mg									
	定期時間 時									
頓服	薬 () () mg									
あなたの状態	食欲	有	少ない	無	有	少ない	無	有	少ない	無
	嘔気 吐き気止めの使用 薬 ()	無	少し	強い	無	少し	強い	無	少し	強い
		吐いた () 回				吐いた () 回				
	排便 下剤の使用 薬 ()	下痢	軟便	普通	下痢	軟便	普通	下痢	軟便	普通
		硬い	排便がない		硬い	排便がない		硬い	排便がない	
	睡眠	眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い	
	何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		
	眠気	無	少し	強い	無	少し	強い	無	少し	強い
気が付いたこと 変わったこと 医師に伝えたいことなど 自由に記載してください										
今週の満足度		<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 現在の疼痛治療に満足 <input type="checkbox"/> 時々症状があるが日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 症状があり日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> ひどい症状が持続している								

痛みの強さ

なし							最大
	0	1	2	3	4	5	

月 日()			月 日()			月 日()			月 日()		
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
有	少ない	無									
無	少し	強い									
吐いた()回			吐いた()回			吐いた()回			吐いた()回		
下痢	軟便	普通									
硬い	排便がない		硬い	排便がない		硬い	排便がない		硬い	排便がない	
眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い	
何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない	
無	少し	強い									

今週の満足度	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 現在の疼痛治療に満足 <input type="checkbox"/> 時々症状があるが日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 症状があり日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> ひどい症状が持続している
---------------	--

痛み日記

次回受診時にこの日記を担当医にお渡しください。

痛む部位 _____

次回受診日 _____ 月 _____ 日 ()

日時		月 日 ()			月 日 ()			月 日 ()		
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
痛みの強さ	5									
	4									
	3									
	2									
	1									
	0									
鎮痛薬	薬 () () mg									
	定期時間 時									
頓服	薬 () () mg									
あなたの状態	食欲	有	少ない	無	有	少ない	無	有	少ない	無
	嘔気 吐き気止めの使用 薬 ()	無	少し	強い	無	少し	強い	無	少し	強い
		吐いた () 回				吐いた () 回				
	排便 下剤の使用 薬 ()	下痢	軟便	普通	下痢	軟便	普通	下痢	軟便	普通
		硬い	排便がない		硬い	排便がない		硬い	排便がない	
	睡眠	眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い	
	何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		
	眠気	無	少し	強い	無	少し	強い	無	少し	強い
気が付いたこと 変わったこと 医師に伝えたいことなど 自由に記載してください										
今週の満足度		<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 現在の疼痛治療に満足 <input type="checkbox"/> 時々症状があるが日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 症状があり日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> ひどい症状が持続している								

痛みの強さ

なし							最大
	0	1	2	3	4	5	

月 日()			月 日()			月 日()			月 日()		
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
有	少ない	無									
無	少し	強い									
吐いた()回			吐いた()回			吐いた()回			吐いた()回		
下痢	軟便	普通									
硬い	排便がない		硬い	排便がない		硬い	排便がない		硬い	排便がない	
眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い	
何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない	
無	少し	強い									

今週の満足度	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 現在の疼痛治療に満足 <input type="checkbox"/> 時々症状があるが日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 症状があり日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> ひどい症状が持続している
---------------	--

痛み日記

次回受診時にこの日記を担当医にお渡しください。

痛む部位 _____

次回受診日 _____ 月 _____ 日 ()

日時		月 日 ()			月 日 ()			月 日 ()		
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
痛みの強さ	5									
	4									
	3									
	2									
	1									
	0									
鎮痛薬	薬 () () mg									
	定期時間 時									
頓服	薬 () () mg									
あなたの状態	食欲	有	少ない	無	有	少ない	無	有	少ない	無
	嘔気 吐き気止めの使用	無	少し	強い	無	少し	強い	無	少し	強い
	薬 ()									
	排便 下剤の使用	下痢	軟便	普通	下痢	軟便	普通	下痢	軟便	普通
	薬 ()	硬い	排便がない		硬い	排便がない		硬い	排便がない	
	睡眠	眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い		眠れた	寝つきが悪い	
	何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		何度も起きる	眠れない		
眠気	無	少し	強い	無	少し	強い	無	少し	強い	
気が付いたこと 変わったこと 医師に伝えたいことなど 自由に記載してください										
今週の満足度		<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 現在の疼痛治療に満足 <input type="checkbox"/> 時々症状があるが日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 症状があり日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> ひどい症状が持続している								

痛みの強さ

なし       最大

月 日()	月 日()	月 日()	月 日()
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
有 少ない 無	有 少ない 無	有 少ない 無	有 少ない 無
無 少し 強い	無 少し 強い	無 少し 強い	無 少し 強い
吐いた()回	吐いた()回	吐いた()回	吐いた()回
下痢 軟便 普通	下痢 軟便 普通	下痢 軟便 普通	下痢 軟便 普通
硬い 排便がない	硬い 排便がない	硬い 排便がない	硬い 排便がない
眠れた 寝つきが悪い	眠れた 寝つきが悪い	眠れた 寝つきが悪い	眠れた 寝つきが悪い
何度も起きる 眠れない	何度も起きる 眠れない	何度も起きる 眠れない	何度も起きる 眠れない
無 少し 強い	無 少し 強い	無 少し 強い	無 少し 強い

今週の満足度	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 現在の疼痛治療に満足 <input type="checkbox"/> 時々症状があるが日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 症状があり日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> ひどい症状が持続している
--------	--

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



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：2014年 4月

発行元：広島市立安佐市民病院 緩和ケアチーム
〒731-0239 広島県広島市安佐北区可部南 2-1-1
TEL:082-815-5211(代)