

# 痛みの治療日記

目標: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

	月 日( )							
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった							
定期内服する時間	薬の名前【 _____ 】 内服時間( _____ 時)		薬の名前【 _____ 】 内服時間( _____ 時)		薬の名前【 _____ 】 内服時間( _____ 時)		薬の名前【 _____ 】 内服時間( _____ 時)	
痛みの強さ	最も痛い時 落ち着いた いる時							
痛みが最も強い時を 10 痛みがない時を0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0							
最も痛い時 1日のうちで一番の 痛みの強さ 落ち着いた 痛みが和らいている 時の痛みの強さ								
頓服(レスキュー)薬の名前【 _____ 】								
頓服を内服した時間								
眠気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少し眠い <input type="checkbox"/> 眠くて苦痛							
吐気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> むかむかする <input type="checkbox"/> 吐いた							
排便	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便ない	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便ない	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便ない	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便ない	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便ない	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便ない	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便ない	
食欲	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない							
メモ 気になることを 書いて下さい								