

# 痛みのコントロール日記

★痛みの種類や強さは人によって様々で、使用する薬や使用量も異なります。

★あなたの痛みに一番よく効く薬を選ぶためには、

- あなたにしか分からない痛みを医師に伝えること
- それを基に医師が選んだ薬を正しく使用すること

が重要です。

★この冊子を利用して、医師に痛みをうまく伝え、薬を正しく使用してください。

## 「痛み日記」記入例

- ★「痛みの場所：どんな動き、姿勢」について  
痛みの場所とそこがどんな動きや姿勢のときに痛いかを記入してください。  
それぞれの表示記号で「痛みの程度」の欄に記入してください。

- ★「痛みの程度」について  
何時頃、どのくらい痛かったかを記入してください。

痛みの強さを数字で表す際に参考にしてください。

- 0：まったく痛みがない
- 2：ほとんど痛みがなく、かなり快適な状態
- 4：軽度の痛みがあり、少し辛い
- 6：中程度の痛みがあり、辛い
- 8：かなり痛みがあり、とても辛い
- 10：非常に痛い、我慢できないほどの痛み

- ★「吐き気の程度」について  
何時頃、どのくらい吐き気があったかを記入してください。

吐き気の強さを数字で表す際に参考にしてください。

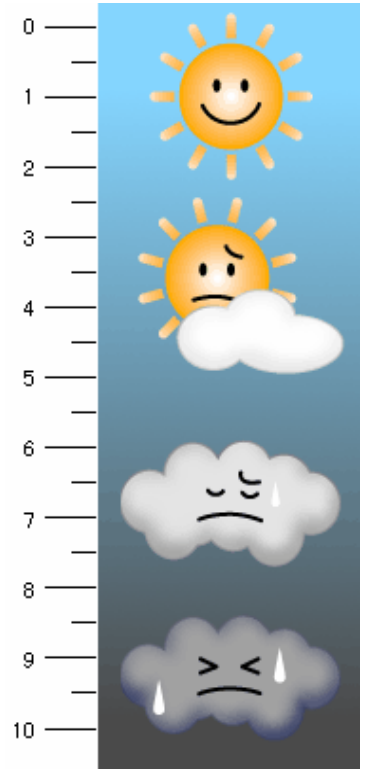
- 0：まったくむかつき感がない
- 1：むかつき感が少しあるが、食事に影響ない
- 2：むかつき感がかなりあり、食事ができない
- 3：むかつきが非常に強く、もどしてしまった

- ★「眠気の程度」について  
何時頃、どのくらい眠気があったかを記入してください。

吐き気の強さを数字で表す際に参考にしてください。

- 0：まったく眠気がない
- 1：少し眠気がある
- 2：かなり眠気がある
- 3：非常に強い眠気があり、日中ほとんどボーッとしている

痛みの強さを数字で表す方法



表示記号 ( 痛みの場所 : どんな動き、姿勢 )

記入例

A ( 右腰 : 歩く時 ) B ( ひざ : 座る時 ) C ( : )

		7月14日(月)				7月15日(火)				7月16日(水)				月 日(木)				月 日(金)				月 日(土)				月 日(日)							
服用時間		8		20		8		20		8		20																					
定期的な鎮痛剤	[薬品名] オキシコンチン 10mg	1		1		1		1		1		1																					
	ロキソプロフェン	1	1	1		1	1	1		1	1	1																					
追加の鎮痛剤	[薬品名] オキノーム散 5mg	[追加時刻] 18時 1				6時 18時 1 1																											
	マグミット錠	2	2	2		2	2	2		2	2	2																					
下剤	時	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24				
	痛みの程度	10																															
		9																															
		8																															
		7																															
		6			A		A		A																								
		5			B				B																								
		4																															
		3	A								A	A	A																				
		2		A	A		A					A	A																				
		1																															
	0																																
	吐き気の程度	3																															
		2							○																								
1																																	
0																																	
眠気の程度	3																																
	2							○																									
	1									○																							
	0										○																						
便 通	1 回				0 回				1 回				回				回				回				回								
気になることをお書き下さい																																	
医療スタッフより一言																																	
(サイン)		( )				( )				( )				( )				( )				( )											

表示記号 ( 痛みの場所 : どんな動き、姿勢 )

A ( : ) B ( : ) C ( : )

		月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)
	服用時刻							
定期的な鎮痛剤	[薬品名]							
	[追加時刻]							
追加の鎮痛剤	[薬品名]							
下剤								
	時	6 12 18 24	6 12 18 24	6 12 18 24	6 12 18 24	6 12 18 24	6 12 18 24	6 12 18 24
痛みの程度	10							
	8							
	6							
	4							
	2							
	0							
吐き気の程度	3							
	2							
	1							
	0							
眠気の程度	3							
	2							
	1							
	0							
便 通	回	回	回	回	回	回	回	
気になることをお書き下さい								
医療スタッフより一言								
(サイン)	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	