

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 緩和トレーニングレポート

処方医	科	先生 御机下	処方日	年	月	日
診察券番号			報告日	年	月	日
患者氏名		様	聞き取り日	年	月	日
薬局・医療機関名			聞き取り方	<input type="checkbox"/> 来局	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> リモート
ご担当者/連絡先			情報提供の同意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ないが必要と判断	

①～④使用中の薬剤、用量を記載し、実際の用量が処方と異なる場合は□にチェックしてください。⑤オピオイド追加薬の使用状況を記載してください。

①オピオイド定時使用	<input type="checkbox"/> 変更有	③非オピオイド	<input type="checkbox"/> 変更有
②オピオイド追加使用	<input type="checkbox"/> 変更有	④下剤	<input type="checkbox"/> 変更有
⑤オピオイド追加薬	●疼痛時 ___ 回/日使用・よく使う時間 ___ 時頃 ●疼痛予防 ___ 回/日使用 ●効果 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不十分		

<現在の痛みやしびれ、苦痛について>

①該当する番号の□にチェックしてください

3:がまんできない症状があり、対応してほしい

2:それほどひどくないが、方法があるなら考えてほしい

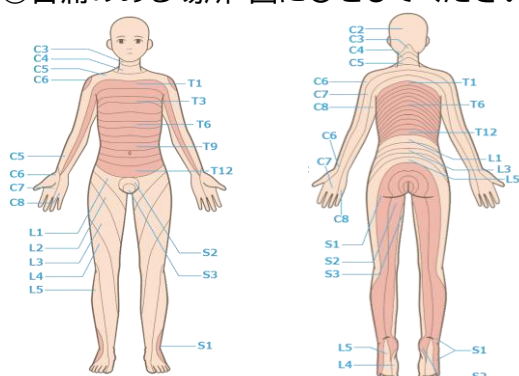
1:現在の治療に満足している、または症状がない

②対応してほしい症状を記載してください

痛み しびれ 息苦しい お腹の張り

その他: _____

①苦痛のある場所:図に○をしてください



② 該当する症状をチェックし、①図の○と線でつなげるか、図に症状と同じアルファベットを記入してください。

【痛み・しびれ】

A. するとい E. 脈打つ I. ヒリヒリ

B. にぶい F. 重い J. ギュー

C. 電気が走る G. 刺す K. 引きつる

D. ビリビリ H. チリチリ L. ジンジン

【その他】 M. 息苦しい N. お腹の張り O. むくみ

【自由記載】 _____

<この1週間の症状の程度>


症状の程度について番号に○を、排便について□にチェックをしてください

	0:なし	→							10:考えられないほどの苦痛		
症状	程度	弱い			中等度				強い		
		なし	・少しつらい	・すっきりしない	・かなりつらい	・がまんが続かない	・非常につらい	・耐えられない			
痛み・しびれ											
①安静時	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
②動く時	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
眠気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息苦しさ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

便の頻度: 毎日 1日おき 2日おき以上

1日の便の量: 付着程度 少量 手のひら大 大量

便の形状 ころころ 硬い やや硬い 普通 やや軟らかい 泥状 水様



①うさぎの糞状 ②ゴツゴツ ③ひび割れ ④なめらか ⑤半分固形状 ⑥ふにゃふにゃ ⑦形がない

情報提供自由記載欄