保険薬局·医療機	と 関記載 月	<b></b>					葛飽	飾医療センタ	-薬剤部	祁宛	FAX	: 03-	3603-35
東京慈恵	三会医	≣科オ	大学葛	<b>事飾医</b>	≧療	をセン	'夕	- 緩和	1トレ	ーシ	ング	ブレ	ポート
処方医			科		先生	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	+ + + + + + + + + + + + + + + + + + + +									来局	□電	話	□ リモート
ご担当者/連絡先							1	報提供の同意		□ ないが必要と判断			
①~④使用中の薬剤、 「	用量を記載	む、実際0 ・	の用量が処力	方と異なる場	易合は	□にチェッ	クして	ください。 ⑤オピ	パイド追加	川薬の(	吏用状》	兄を記	載してくださ
①オピオイド定時使用				□ <u>変</u>	更有(	③非オピオ	イド						□ 変見
②オピオイド追加使用				□ <u>変</u>	更有	4下剤	J						□ 変見
⑤オピオイド追加薬	●疼痛時	回/日	日使用・よく1	使う時間		時頃	●疼	痛予防 <u>        回</u>	<u>/日使用</u>	●効:	果□	<u>良好</u>	□ <u>不十分</u>
<現在の痛みやしびれ、苦痛について>													
①該当する番号	_ の口にチ	ニェックし	ー してくださ	7/1		2	対点	なしてほしい	症状を	記載に	してく	ださ	ر ا
□ 3:がまんで	きない症	状があり	ノ、対応し	てほしい			□ ¾	痛み □ して	がれ □	見苦し	] ۱ار	コお胴	复の張り
□ 2:それほど	ひどくな	いが、方	法がある	なら考え	てほり	L.U.					-		~
□ 1:現在の治	□ 2. それはこじこくないが、ガムがめるよう考えてはしい □ その他: □ その他: □ 1:現在の治療に満足している、または症状がない □												
①苦痛のある	 場所:図/	=== にOをし	<del>===</del> ,てくださ	<u></u>	<del>===</del> ) 該	<del>===</del> 当する症	=== ₹状?	 をチェックし	 /、①図(	<u>==</u> のOと	<del></del> :線で	<u>==</u> つな!	 げるか、
	<i></i>	C2— C3—		-				じアルファク					
C3 C4 C5 C6	<b>—Т1</b>	C4— C5—			【痛	み・しひ	<b>ドれ</b> 】						
	−тз т <sub>6</sub>	C7 C8	Т	-T6		A. する	どい □ E.脈打			)	□ I.	.ヒリ	ヒリ
C5 C6	C6 C7 L1 L3 L5 C8	1 11 - L3	□ F	B. にぶ(	L١	□F	.重い	□ J. ギュー					
C7-C8-UW		5L5		C. 電気	が走	<b>る</b> □ €	i.刺す		□ĸ	(. 引き	きつる		
L1————————————————————————————————————	<u></u> 52	S1 — S2 —	$M \setminus J$		□ D. ビリビリ □ H. チリチ							ジン	
【その他】□ M. 息苦しい □ N. お腹の張り □ O. むくみ													
									,, O				
hue Cui	—-S1	L4—	52				_						
	_		< 7	この1週	間の	)症状(	りた	護>					
	<u>症</u> 0:なし・	主状の程度	<b>麦について</b>	<u>番号にUを</u>	、排便	記ついて	<u>.                                    </u>	<u> </u>	てください			+0 + M	リモビの芋
7.7.1	1 J	弱い			中等度					➡10:考えられないほどの苦痛 強い			
程度	なし	·少		・かフ			なりつらい			・非常につらい			
1111/		<u>・す</u>	っきりした	・がまんが続かない					・耐えられない				
痛み・しびれ										<u> </u>			
①安静時	0	1	2	3	4	<b>ļ</b>	5	6	7	8	1	9	10
②動<時	0	1	2	3	4	1	5	6	7	8		9	10

	0.00								10.51	ングルグスレン	はこの日油
程度症状	なし	弱い・少しつらい				中等	手度	強い ・非常につらい			
						・かなりつ					
		・すっきりしない			・がまんが続かない				・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<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 |







□ やや硬い









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

便の形状