

痛み止めの処方を受け取られる方へ

くすりを安全にご使用いただくためのアンケートとなっています。

可能な範囲でご記入をお願いします。

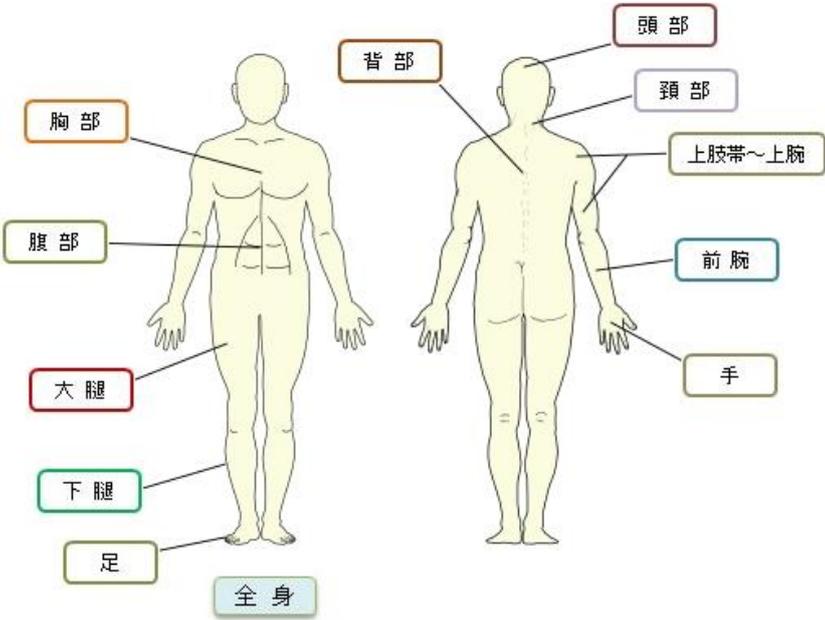
病院からの治療の説明文書や検査値をお持ちでしたら、情報提供にご協力ください。

記載日： 年 月 日

お名前 _____ 身長： _____ 体重： _____ kg

記入者 ① ご本人 _____ ② その他（お名前：関係） _____

1. 痛みがある部位に○をつけてください。



- ★ 痛みの続く様子を教えてください
 - 一日中痛みがある
 - 急に痛くなる時がある
- ★ 最近の痛みの変化について教えてください
 - 変わりがある
 - よくなっている
 - よくなっていない
 - 変わらない

痛みの場所が今までと変わっている場合には、その変化を「オピオイド使用患者 痛みの評価のためのアルゴリズム」に沿って確認してください。

★「今まで経験した一番強い痛みを10として」

一番痛みが楽な時の痛みの程度（ / 10 ）、一番痛みが強い時の痛み（ / 10 ）、
 痛い時に飲む薬（レスキュー）を飲もうと思う痛みの程度（ / 10 ）
 便秘については、オピオイド開始後の悪化かどうか確認してください。下剤の処方と使用状況確認してください（ / 日）

★生活でこまっていたら教えてください。

- 便秘
- 昼間、眠気が強くて困る
- 吐き気があるまたは吐くことがある
- 痛みがあって眠れない
- 痛みがあって動くことが大変
- その他（ ）

2. その他に、ご質問があればご記入ください。

痛みのスケール変化だけでなく、生活での変化も確認してください。スケール変化がなくても ADL 拡大があることも疼痛コントロールとしてはよい変化と考えます。

吐き気や嘔吐により、内服が困難な状況があれば病院薬剤師に連絡。

