痛み止めの処方を受け取られる方へ

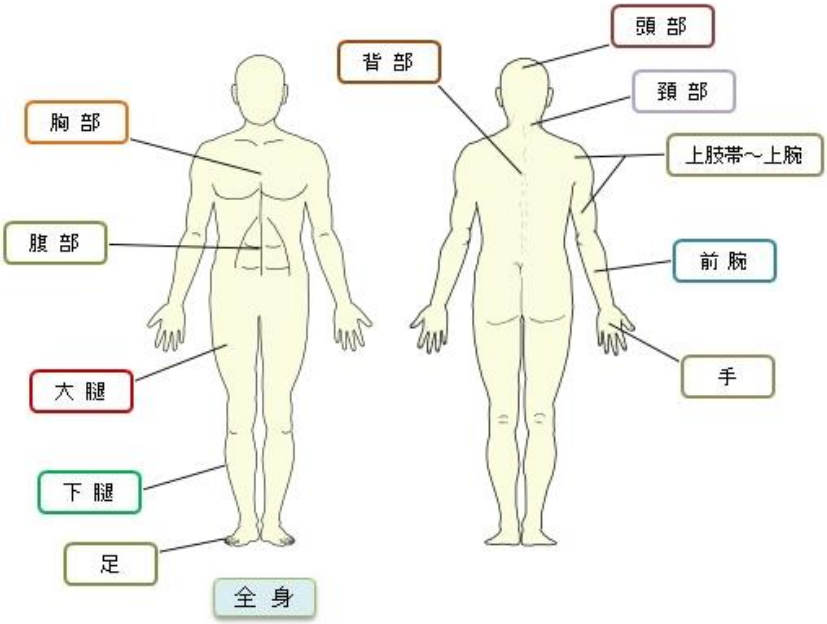
くすりを安全にご使用いただくためのアンケートとなっています。
可能な範囲でご記入をお願いします。
病院からの治療の説明文書や検査値をお持ちでしたら、情報提供にご協力ください。

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.　痛みがある部位に〇をつけてください。



★ 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
☐　変わりがない

痛みの場所が今までと変わっている場合には、そのことも教えてください。

★「今まで経験した一番強い痛みを 10 として痛みの程度を教えてください」

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　）
痛い時に飲む薬（レスキュー）を飲んだ後の痛みの程度（　　/　10　）
一日何回くらい痛い時の飲む薬（レスキュー）を飲んでいますか？（　　/　日）

★生活でこまっていることがあっ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、ご質問などがあればご記入ください。