

平成 年

No. _____

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
痛みの部位	痛みの程度、強さ：痛み無しを0、考えられる最高の痛みを10として0～10の数字で表現。				
()	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回
()	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回
()	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回
()	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回
薬の服用	特に医療用麻薬の服薬状況を記入して下さい。できていれば○、できなければ×でご記載してください。				
鎮痛剤					
痛い時の薬					
その他の症状	苦痛無しを0、考えられる最悪の苦痛を10として0～10の数字で強さを表現。				
呼吸困難	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回
嘔気・嘔吐	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回	/ 回
体のだるさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
不安	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
日常生活	食欲・睡眠は不：不良、中：まずまず、良にて表現・排便は○を打ち回数で表現。				
食欲不振					
睡眠不足					
排便	固.普.軟 回	固.普.軟 回	固.普.軟 回	固.普.軟 回	固.普.軟 回
体重	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg
その他	どんなことでもご自由に記載してください。				
	本人・家族	本人・家族	本人・家族	本人・家族	本人・家族