7.わたしの療養記録

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。（1日の最小／最大／最大の回数）で記載してください。 | | | | |
| (　　　　　) | ／　　／　　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。  （1日の最小／最大／最大の回数）で記載してください。 | | | | |
| 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 |