

このシートでああなたの痛みの具合を 私たち医療スタッフにつたえてください!

あなたの痛みの具合を、この「伝達シート」を使って

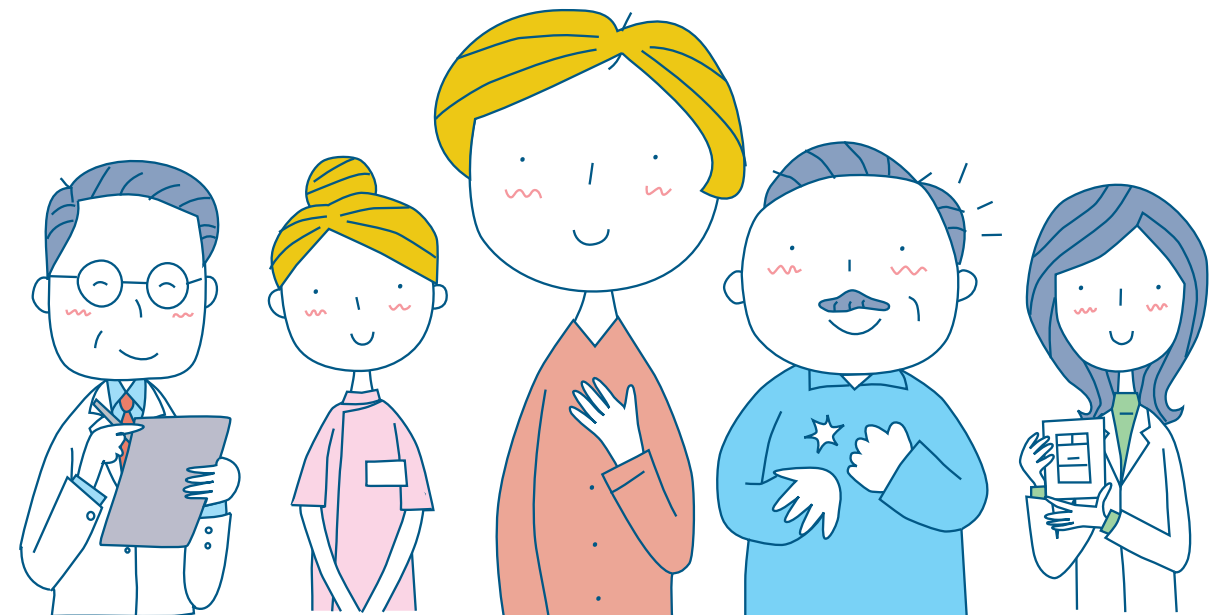
私たち医療スタッフにつたえてみませんか?

自宅や病院で書き込んで、次の診察時に

医師や看護師、薬剤師等の医療スタッフに見せてください。

私たちは積極的にあなたの痛みを

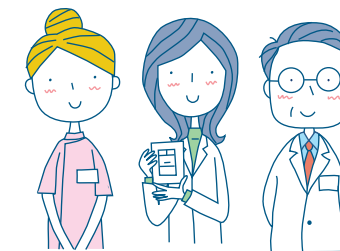
和らげる努力をいたします。



がんの痛み伝達シート

「からだの痛み」や、あなたが不快に感じる「吐き気」「お通じ(便秘)」「眠気」等を私たち医療スタッフにつたえてください。

痛みは血液検査のように、医療スタッフが目で見て確認できないもの。あなたにしかわからないものなのです。
ささいな痛みでも結構ですので、医師や看護師、薬剤師に遠慮なくつたえてください。そして、いっしょに不快な痛みを和らげましょう。



からだの痛み

吐き気

お通じ(便秘)

眠気

自由にお書きください

記入例 ↓	<p>痛みなし あてはまる部分に印を入れてください</p> <p>考えられるなかで最悪の痛み</p>	<p>あてはまる部分に印を入れてください</p> <p>なかった ほとんどなかった ときどき 頻繁に ほとんどいつも</p>	<p>あてはまる部分に印を入れてください</p> <p>お通じあり</p> <p>通常どおり すっきりしない 下痢 硬い お通じなし</p>	<p>あてはまる部分に印を入れてください</p> <p>なかった ほとんどなかった ときどき 頻繁に ほとんどいつも</p>	<p>その他、からだの症状で気になる点等自由にお書きください</p> <p>たとえば からだを動かした時に痛む・・・ 痛み止めを飲んで2時間後に痛みが出る等</p>
10月 20日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	○	□	□	夜もねむれないほど痛い
月 日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
月 日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
月 日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
月 日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
月 日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
月 日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
月 日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
月 日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
月 日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
月 日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
月 日	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				