

疼痛緩和アセスメントシート（麻薬管理指導・在宅版）

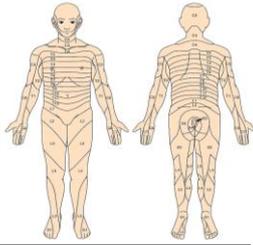
氏名 _____ 様 ID _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者 _____

痛み・治療の評価

1. 痛みの部位

同じ場所 ()

違う場所 ()



2. 痛みの性質

① うずくように痛い 刺しこむように痛い

締め付けられるように痛い 鈍い痛み

② 電気が走るように痛い 痺れるように痛い

灼けるように痛い 刃物で刺されたように痛い

③ その他の痛み

3. 痛みの強さ

face scale

0 1 2 3 4 5

① 普段の状態

② 体動時

③ レスキュー使用前

④ レスキュー使用后 ()

4. 痛みの変化（前回評価から）

① 痛みは感じなくなった

② 少しよくなった

③ 変わらない

④ やや痛くなった

⑤ とても強くなった

5. 痛みのパターン

① ほとんど症状がない

② 普段症状はないが1日何回か強い痛みがある

③ 普段から痛みがあり、1日の間で強弱がある

④ 強い痛みが持続している

6. 痛みを感じる時

① 痛みを感じない

② 動く時

③ 定期薬を飲む前

④ 安静にしていても痛い

⑤ その他 ()

7. 痛みによる日常生活への影響

① 困ることはない

② 活動の制約、社会的関係の変化

③ 食欲減退、情緒不安定、集中力の低下

④ その他 ()

8. レスキューの使用と効果、副作用

使用回数	効果	副作用	
		吐き気	眠気
/ 日	① <input type="checkbox"/> 完全に良くなる	① <input type="checkbox"/> なし	① <input type="checkbox"/> なし
	② <input type="checkbox"/> 少し良くなる	② <input type="checkbox"/> あり	② <input type="checkbox"/> あり
	③ <input type="checkbox"/> 全く変わらない		

(使用薬剤)

9. 見当識障害の有無

① なし

② あり ()

鎮痛薬の副作用評価

10. お通じの程度

① 良好

② 下痢・軟便 (回/日)

③ 硬く排便困難

④ 便秘 / 週

11. 吐き気の程度

① 吐き気なし

② 吐き気あるが食事に影響ない

③ 吐き気が強く食事ができない

④ もどしてしまった

12. 日中の眠気の程度

① 眠気なし

② 少し眠い

③ かなり眠い

④ 一日中ボーっとしている

・眠気に対して苦痛 あり なし

全体の評価

13. 一番困っている症状、問題点は？

14. それほどの程度生活の支障となっているか？

① 症状なし

② 現在の治療に満足している

③ それほどひどくないが、方法があるなら考えてほしい

④ 我慢できない事あり、対応してほしい

⑤ 我慢できない症状がずっと続いている

今後の治療計画（案）、対応

指導内容

疼痛緩和アセスメントシート（麻薬管理指導・在宅版）

薬剤情報

1. 病名

氏名 _____ 様

--

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者 _____

2. 使用薬剤

① オピオイド（ベース）

薬剤名	用法用量

3 医療用麻薬 薬剤保管管理

<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 指導実施
指導内容	

② オピオイド（レスキュー）

薬剤名	用法用量

4 コンプライアンス

<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 指導実施
指導内容	

※ レスキューの使用の確認と使用回数

- 正しく理解出来ている 使用できているが不安がある
 理解出来ていない 家族が管理している
 その他(_____)

日付									
回数									

5 TPN・フューザーポンプ等注射剤

① 使用中

薬剤名	用法用量	保管方法

※ 使用しているポンプ (_____)

③ 下剤

<input type="checkbox"/> 処方・残薬 あり	<input type="checkbox"/> 処方・残薬 なし
-----------------------------------	-----------------------------------

④ 制吐剤

<input type="checkbox"/> 処方・残薬 あり	<input type="checkbox"/> 処方・残薬 なし
-----------------------------------	-----------------------------------

⑤ NSAID s

<input type="checkbox"/> 処方・残薬 あり	<input type="checkbox"/> 処方・残薬 なし
-----------------------------------	-----------------------------------

⑥ その他 鎮痛補助薬

<input type="checkbox"/> 処方・残薬 あり	<input type="checkbox"/> 処方・残薬 なし
-----------------------------------	-----------------------------------

備考

--