

痛みとつらさの記録シート

() 様 ID()

月 日 時 分 記入

痛みがありましたか？
 痛みで出来ないことや困っていることはありますか？

はい ・ いいえ

睡眠 座る 歩く 飲食 トイレ
 その他 () 特に無し

痛いところはどこですか？
 ○を付けて下さい

今の痛みは数字でいくつですか？

フェイススケール

痛みがない ほんの少し痛い 少し痛い 中くらい痛い とても痛い これ以上の痛みがないほど痛い

0 1 2 3 4 5

どんな時に痛くなりますか？

動いた時・定期薬を飲む前・食後・特にきっかけは無い・

その他 ()

レスキュー薬を使って、眠くなることがありましたか？

いつも ・ 時々 ・ なし

レスキュー薬を使って、吐き気が出たことありましたか？

いつも ・ 時々 ・ なし

もっと痛みがとれたらいいと思いませんか？

はい ・ いいえ

体がだるいと感じましたか？

いいえ ・ 時々 ・ いつも

お通じはどうか？

なし ・ 普通 ・ 硬い ・ 柔らかい

食欲はありましたか？

あり ・ まあまあ ・ なし

よく眠れましたか？

はい ・ いいえ (寝付けない ・ 何度も目が覚める ・ 短い)

気持ちが落ち込んでいると感じましたか？

いいえ ・ 時々 ・ いつも

不安やイライラを感じましたか？

いいえ ・ 時々 ・ いつも

担当者() 記入欄
