

いたみの治療日誌

お薬でいたみの治療をお受けになる患者様へ



【痛みの治療日誌の目的】

患者様やご家族様とともに、痛みの治療をより良くする目的で作成しました。

受診または入院をされる場合に持参し、提示していただくことで、主治医の先生はじめ、医療スタッフが患者様の状況を把握し、より良い対応が可能となります。



【痛みの種類に対する麻薬の使い方】

①通常痛みがほとんど無く、時々強い痛みが出る場合

追加投与(レスキュー)を時々出る痛みに対して使っていきます。

②常に痛みがあり、さらに強くなることがある場合

定期的に使っている麻薬を増やすことで、常に痛い状態を無くします。

【痛みの治療目標】

第1段階 痛みで眠りが妨げられないようにします。

第2段階 じっとしていれば痛みがないようにします。

第3段階 体を動かしても痛みがないようにします。



【麻薬の追加投与(レスキュー)について】

時間を決めて使う薬を使っているが痛みが強くなったり、定期的に使う薬だけでは痛みが全く良くならない場合に数時間程度効果の出る麻薬を使います。

追加投与で使う麻薬は、通常定期的に使う麻薬と同じ成分の物を使います。



【痛みの評価について】

この日誌にも記入いただく欄がありますが、医療者側から痛みの程度を数字としてうかがう場合があります。

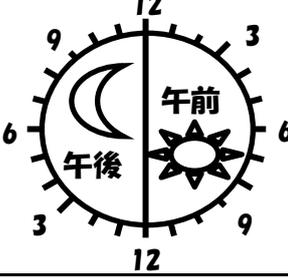
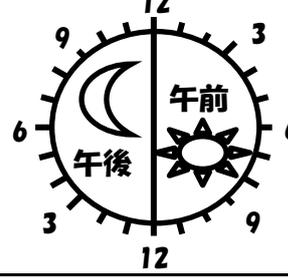
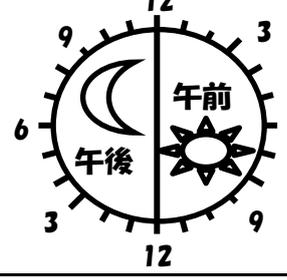
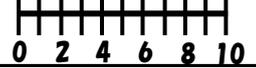
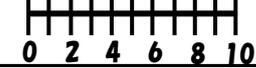
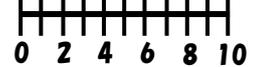
数字は、痛みの症状が全くない時を0、これ以上ひどい症状が考えられない時を10とし、0から10の11段階の数字で程度を表します。



		月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)
定期で出されている薬を 使った時刻 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 薬の名前 オキシコンチン錠20mg </div>				
痛みが出たために追加して 薬を使った時刻 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 薬の名前 オキノーム散5mg </div>				
痛みの評価 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 0=全く痛くない 10=最悪の痛み </div>	最大			
	最小			
1日の痛みのパターンにつ いて、ご自身が一番当ては まる図を選んでチェックを 付けて下さい。		<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input checked="" type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input checked="" type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input checked="" type="checkbox"/> 痛くない
痛みによる生活への支障 (痛みで困っているこ とは?)		<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない
睡眠		<input type="checkbox"/> よく眠れた <input checked="" type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input checked="" type="checkbox"/> 眠れなかった	<input checked="" type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった
吐き気		<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない
便秘		<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない
現在の痛みの状態 副作用の状況 次の改善目標など		痛みで時々目が覚め ることの無いようにす る。便秘を治す。	痛みで眠れないことの 無いようにする。吐き気 を治す。便秘を治す。 オキシコンチンを1日3 回に増やす。	

記入例

		月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)
定期で出されている薬を 使った時刻 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">薬の名前</div>				
痛みが出たために追加して 薬を使った時刻 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">薬の名前</div>				
痛みの評価 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">0=全く痛くない 10=最悪の痛み</div>	最大			
	最小			
1日の痛みのパターンにつ いて、ご自身が一番当ては まる図を選んでチェックを 付けて下さい。		<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない
痛みによる生活への支障 (痛みで困っていること は?)		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
睡眠		<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった
吐き気		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
便秘		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
現在の痛みの状態 副作用の状況 次の改善目標など				

月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)
			
			
			
			
<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

		月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)
定期で出されている薬を 使った時刻 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">薬の名前</div>				
痛みが出たために追加して 薬を使った時刻 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">薬の名前</div>				
痛みの評価 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0=全く痛くない 10=最悪の痛み</div>	最大			
	最小			
1日の痛みのパターンにつ いて、ご自身が一番当ては まる図を選んでチェックを 付けて下さい。		<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない
痛みによる生活への支障 (痛みで困っていること は?)		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
睡眠		<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった
吐き気		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
便秘		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
現在の痛みの状態 副作用の状況 次の改善目標など				

月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1日中痛い 時々痛い 痛くない			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			

		月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)
定期で出されている薬を 使った時刻 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">薬の名前</div>				
痛みが出たために追加して 薬を使った時刻 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">薬の名前</div>				
痛みの評価 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">0=全く痛くない 10=最悪の痛み</div>	最大			
	最小			
1日の痛みのパターンにつ いて、ご自身が一番当ては まる図を選んでチェックを 付けて下さい。		<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない
痛みによる生活への支障 (痛みで困っていること は?)		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
睡眠		<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった
吐き気		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
便秘		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
現在の痛みの状態 副作用の状況 次の改善目標など				

月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1日中痛い 時々痛い 痛くない			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			

		月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)
定期で出されている薬を 使った時刻 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">薬の名前</div>				
痛みが出たために追加して 薬を使った時刻 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">薬の名前</div>				
痛みの評価 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0=全く痛くない 10=最悪の痛み</div>	最大			
	最小			
1日の痛みのパターンにつ いて、ご自身が一番当ては まる図を選んでチェックを 付けて下さい。		<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 1日中痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない
痛みによる生活への支障 (痛みで困っていること は?)		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
睡眠		<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった
吐き気		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
便秘		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
現在の痛みの状態 副作用の状況 次の改善目標など				

月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)	月 日(曜日)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 時々目が覚めた <input type="checkbox"/> 眠れなかった			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			

【麻薬を使う場合の主な副作用】

①便秘

麻薬の種類により違いがありますが、便秘が出やすい薬が多いため初めから下剤が処方される場合が多いです。

②吐き気

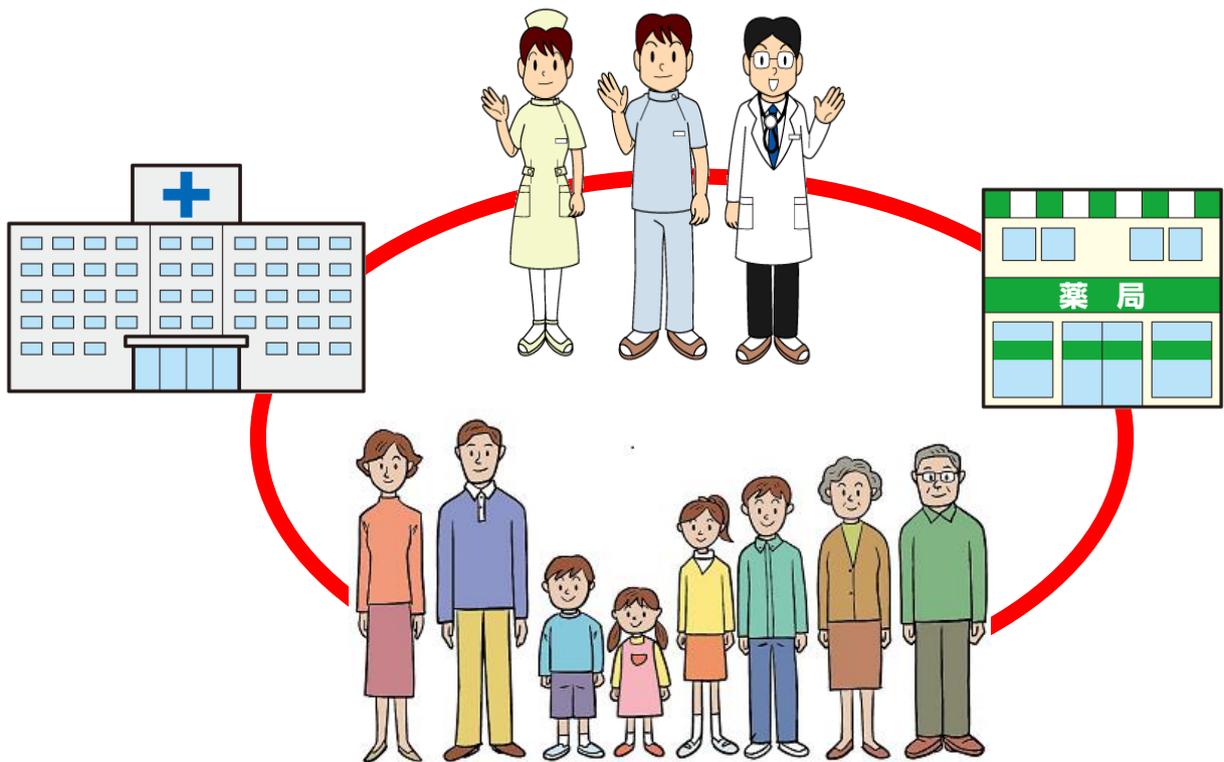
使い始めに見られることがあります。その場合1~2週間で治まることが多いため、1~2週間程度、吐き気止めを同時に処方されることもあります。継続して吐き気がある場合は主治医の先生にご相談ください。

③眠気

使いはじめや量を増やした場合に一時的(数日程度)に出ることがあります。継続して眠気が続く場合は主治医の先生にご相談ください。



×モ





医療機関名