

痛み日誌



2015年6月（第1版）
金沢区地域薬事連携協議会

痛み日誌の書き方

定時薬

決められた時間に使用するお薬です。
痛みを持続的に和らげ、痛み治療のベースとなります。

- ◇ 水色の欄には薬の名前と1回使用量を記入してください
- ◇ 毎日、使用した時間に○をつけましょう

レスキュー薬

痛い時や痛くなりそうな時に臨時で使用するお薬です。
使用するタイミングや回数、使用前後での痛みの強さの変化をみて、定時薬の量を調節します。

- ◇ 水色の欄には薬の名前と1回使用量、痛い部位を記入してください
- ◇ 使用した時間と使用前後での痛みの強さの変化を、毎日記入しましょう

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
痛みなし										考えられるなかで最悪の痛み

- ◇ 痛い部位が数か所ある場合は、色を分けてみましょう

睡眠・副作用チェック

痛みのために睡眠が妨げられていないか、副作用をうまくコントロールできているかを確認します。

- ◇ あてはまる項目にチェックしましょう
- ◇ 排便回数を記入しましょう
- ◇ 「その他」の欄には、気付いたことや医療スタッフに伝えたいことなど自由に記入してください

残薬チェック

必要以上のお薬を処方しなくてすむよう残数を確認します。

- ◇ 1週間ごと、あるいは診察日に薬の残数を記入してください

2015年	5月1日(金)	月 日()	月 日()
定時薬 薬の名前 (オキシコンチン) 1回 30mg 使用した時間に○をつけましょう			
レスキュー薬 薬の名前 (オキノーム) 1回 10mg 痛い部位 (みぞおち 背中) 痛みの強さ 0 = 痛みなし 10 = 最悪な痛み	時間 痛みの変化 6:00 5 → 2 14:15 8 → 6 15:15 6 → 3	時間 痛みの変化	時間 痛みの変化
睡眠	<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	<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"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
お通じ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (2)回 <input type="checkbox"/> 硬い <input checked="" type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢
その他	夕方、眠気が強かった		

医師の診察や薬局訪問の際にお持ちください。残っている薬の数も伝えましょう

オキシコンチン 定時薬 10mg : 残り 7 個 オキノーム レスキュー薬 10mg : 残り 15 個

_____年	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()					
定時薬 薬の名前 () 服用・使用した時間に ○をつけましょう												
レスキュー薬 薬の名前 () 痛い部位 () 痛みの強さ ○ = 痛みなし 10 = 最悪な痛み	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化
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	<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"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
お通じ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢					
その他												

医師の診察や薬局訪問の際にお持ちください。残っている薬の数も伝えましょう。

定時薬 _____ : 残り _____ 個 レスキュー薬 _____ : 残り _____ 個

_____年	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()					
定時薬 薬の名前 () 服用・使用した時間に ○をつけましょう												
レスキュー薬 薬の名前 () 痛い部位 () 痛みの強さ ○ = 痛みなし 10 = 最悪な痛み	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化
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	<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"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
お通じ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢					
その他												

医師の診察や薬局訪問の際にお持ちください。残っている薬の数も伝えましょう。

定時薬 _____ : 残り _____ 個 レスキュー薬 _____ : 残り _____ 個

_____年	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()					
定時薬 薬の名前 () 服用・使用した時間に ○をつけましょう												
レスキュー薬 薬の名前 () 痛い部位 () 痛みの強さ ○ = 痛みなし 10 = 最悪な痛み	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化
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	<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"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
お通じ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢					
その他												

医師の診察や薬局訪問の際にお持ちください。残っている薬の数も伝えましょう。

定時薬 _____ : 残り _____ 個 レスキュー薬 _____ : 残り _____ 個

_____年	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()					
定時薬 薬の名前 () 服用・使用した時間に ○をつけましょう												
レスキュー薬 薬の名前 () 痛い部位 () 痛みの強さ ○ = 痛みなし 10 = 最悪な痛み	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化
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	<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"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
お通じ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢					
その他												

医師の診察や薬局訪問の際にお持ちください。残っている薬の数も伝えましょう。

定時薬 _____ : 残り _____ 個 レスキュー薬 _____ : 残り _____ 個

_____年	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()					
定時薬 薬の名前 () 服用・使用した時間に ○をつけましょう												
レスキュー薬 薬の名前 () 痛い部位 () 痛みの強さ ○ = 痛みなし 10 = 最悪な痛み	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化
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	<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"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
お通じ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢					
その他												

医師の診察や薬局訪問の際にお持ちください。残っている薬の数も伝えましょう。

定時薬 _____ : 残り _____ 個 レスキュー薬 _____ : 残り _____ 個

_____年	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()					
定時薬 薬の名前 () 服用・使用した時間に ○をつけましょう												
レスキュー薬 薬の名前 () 痛い部位 () 痛みの強さ ○ = 痛みなし 10 = 最悪な痛み	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化
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	<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"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
お通じ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢					
その他												

医師の診察や薬局訪問の際にお持ちください。残っている薬の数も伝えましょう。

定時薬 _____ : 残り _____ 個 レスキュー薬 _____ : 残り _____ 個

_____年	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()					
定時薬 薬の名前 () 服用・使用した時間に ○をつけましょう												
レスキュー薬 薬の名前 () 痛い部位 () 痛みの強さ ○ = 痛みなし 10 = 最悪な痛み	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化
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	<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"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
お通じ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢					
その他												

医師の診察や薬局訪問の際にお持ちください。残っている薬の数も伝えましょう。

定時薬 _____ : 残り _____ 個 レスキュー薬 _____ : 残り _____ 個

_____年	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()					
定時薬 薬の名前 () 服用・使用した時間に ○をつけましょう												
レスキュー薬 薬の名前 () 痛い部位 () 痛みの強さ ○ = 痛みなし 10 = 最悪な痛み	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化
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	<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"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
お通じ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢					
その他												

医師の診察や薬局訪問の際にお持ちください。残っている薬の数も伝えましょう。

定時薬 _____ : 残り _____ 個 レスキュー薬 _____ : 残り _____ 個

_____年	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()					
定時薬 薬の名前 () 服用・使用した時間に ○をつけましょう												
レスキュー薬 薬の名前 () 痛い部位 () 痛みの強さ ○ = 痛みなし 10 = 最悪な痛み	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化
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	<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"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
お通じ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢					
その他												

医師の診察や薬局訪問の際にお持ちください。残っている薬の数も伝えましょう。

定時薬 _____ : 残り _____ 個 レスキュー薬 _____ : 残り _____ 個

_____年	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()					
定時薬 薬の名前 () 服用・使用した時間に ○をつけましょう												
レスキュー薬 薬の名前 () 痛い部位 () 痛みの強さ ○ = 痛みなし 10 = 最悪な痛み	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化	時間	痛みの変化
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	<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"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
お通じ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()回 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 下痢					
その他												

医師の診察や薬局訪問の際にお持ちください。残っている薬の数も伝えましょう。

定時薬 _____ : 残り _____ 個 レスキュー薬 _____ : 残り _____ 個