



ムンディファーマ株式会社

医療機関名

ノルspan[®]テープを使用される患者さんにご家族の方へ

痛み治療ノート

～ノルspan[®]テープを使用される患者さんの治療記録～

痛みの治療の経過を
医師に伝え、適切な
指導を受けましょう。



使用を開始する前に、必ずお読みください。
このテープは、処方された患者さん以外は、
絶対に使用しないでください。

はじめに

この「痛み治療ノート」は、痛みの治療を適切に行うためのものです。

痛みの治療を行う場合、治療の目標を立てることが重要です。また、お薬の使用状況や痛み、副作用の程度を医師が把握することでよりよい治療が可能となります。

「痛み治療ノート」には、目標と治療の経過が記録できます。

記入例を参考に、患者さんご自身で目標を立て、記録をしながら、医師、看護師、薬剤師と協力し、よりよい日々を目指しましょう。



生活改善の目標を立てましょう

～よりよい毎日を～

痛みを治療しながら、生活の改善を目指しましょう。
 目標は、ちょっとしたことでもかまいません。
 2週間後に達成の度合いを記録してください。

■ 記入例

目標	達成の度合い	備考
睡眠 寝る前にリラックスできるようにする。	<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	寝つきはよくなった。 朝のめどめをさわやかにしたい。
運動 毎日散歩をする。	<input type="checkbox"/> 達成 <input checked="" type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	晴れた日はほぼ毎日散歩に行った。 暖かい季節にもなってきたので、家族と旅行をしたい。
仕事・家事 部屋の片付けをする。	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input checked="" type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	調子の悪いときは家族に手伝ってもらっていた。
その他の日常生活 趣味の会に参加する。	<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	新しい知人ができた。



生活改善の目標

目標の記入日 20 年 月 日

2週間後に達成の度合いを記入しましょう。

達成の度合いの記入日 20 年 月 日

目標	達成の度合い	備考
睡眠	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
運動	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
仕事・家事	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
その他の日常生活	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	

<お薬を貼った場所と日時>

貼付日	4 月 1 日 (木)	貼付時刻	9 : 00	お薬を貼った場所を 下図にご記入ください。
<p>①お薬を2枚貼る場合:2枚を別な場所に貼り、その場所をそれぞれ記入してください。②一部がはがれた場合:再度手で押しつけるか、または皮膚用テープ等ではがれた部分を固定してください。③はがれ落ちてしまった場合:新しいお薬を別な場所に貼り直し、その場所を記入してください。</p>				

<痛みの治療効果>

<副作用と併用薬>

日付 (曜日)	痛みの強さ	併用薬1	併用薬2
		ケトプロフェン貼付剤	
4 / 1 (木)	全く痛みなし 	<input checked="" type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
4 / 2 (金)	全く痛みなし 	<input checked="" type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
4 / 3 (土)	全く痛みなし 	<input checked="" type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
4 / 4 (日)	全く痛みなし 	<input checked="" type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
4 / 5 (月)	全く痛みなし 	<input checked="" type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
4 / 6 (火)	全く痛みなし 	<input checked="" type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
4 / 7 (水)	全く痛みなし 	<input checked="" type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用

<改善があったこと・気づいたこと・食事について>

改善があったこと

月曜日から、毎朝の散歩を始めた。

気づいたこと

貼り始めた時は吐き気が強かったが、7日目にはおさまってきたと感じる。

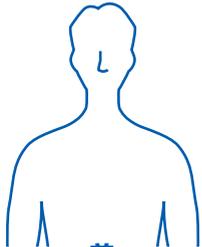
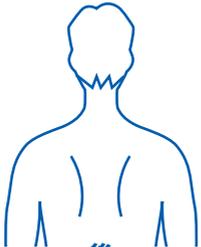
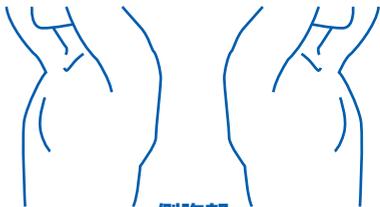
食事について

朝、昼、晩の食事が楽しみになってきた。

吐き気止め	吐き気	便秘薬	便通	日中の眠気	皮膚症状
プロクロルペラジン		センノシド			
<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input checked="" type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input checked="" type="checkbox"/> 服用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

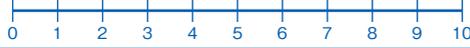
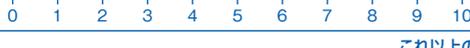
は、医師、薬剤師、看護師にご相談ください。

<お薬を貼った場所と日時>

貼付日	□月 □日 (□)	貼付時刻	□ : □	お薬を貼った場所を 下図にご記入ください。
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>前</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>後</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>側胸部</p> </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">①お薬を2枚貼る場合:2枚を別な場所に貼り、その場所をそれぞれ記入してください。②一部がはがれた場合:再度手で押しつけるか、または皮膚用テープ等ではがれた部分を固定してください。③はがれ落ちてしまった場合:新しいお薬を別な場所に貼り直し、その場所を記入してください。</p>				

<痛みの治療効果>

<副作用と併用薬>

日付 (曜日)	痛みの強さ	併用薬1	併用薬2
/ ()	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない </div> 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない </div> 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない </div> 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない </div> 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない </div> 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない </div> 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない </div> 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用

<改善があったこと・気づいたこと・食事について>

改善があったこと

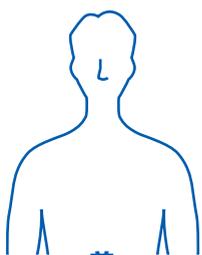
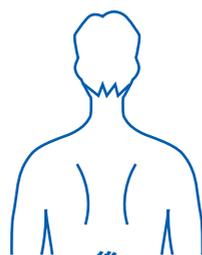
気づいたこと

食事について

吐き気止め	吐き気	便秘薬	便通	日中の眠気	皮膚症状
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

は、医師、薬剤師、看護師にご相談ください。

<お薬を貼った場所と日時>

貼付日	□月 □日 (□)	貼付時刻	□ : □	お薬を貼った場所を 下図にご記入ください。
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>前</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>後</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>側胸部</p> </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;"> ①お薬を2枚貼る場合:2枚を別な場所に貼り、その場所をそれぞれ記入してください。②一部がはがれた場合:再度手で押しつけるか、または皮膚用テープ等ではがれた部分を固定してください。③はがれ落ちてしまった場合:新しいお薬を別な場所に貼り直し、その場所を記入してください。 </p>				

<痛みの治療効果>

<副作用と併用薬>

日付 (曜日)	痛みの強さ	併用薬1	併用薬2
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用

<改善があったこと・気づいたこと・食事について>

改善があったこと

気づいたこと

食事について

吐き気止め	吐き気	便秘薬	便通	日中の眠気	皮膚症状
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

は、医師、薬剤師、看護師にご相談ください。

生活改善の目標

目標の記入日 20 年 月 日

2週間後に達成の度合いを記入しましょう。

達成の度合いの記入日 20 年 月 日

目標	達成の度合い	備考
睡眠	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
運動	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
仕事・家事	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
その他の日常生活	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	



新しい目標を立てましょう

生活改善の目標を立てることは、痛みの治療では、とても重要なことです。

痛みを適切に治療することは、生活の質の改善につながっていきます。

目標は、ちょっとしたことでもかまいません。

患者さんご自身で目標を立て、記録をしながら、医師、看護師、薬剤師と協力し、よりよい日々を目指しましょう。



<お薬を貼った場所と日時>

貼付日	□月 □日 (□)	貼付時刻	□ : □	お薬を貼った場所を 下図にご記入ください。
<p>①お薬を2枚貼る場合:2枚を別な場所に貼り、その場所をそれぞれ記入してください。②一部がはがれた場合:再度手で押しつけるか、または皮膚用テープ等ではがれた部分を固定してください。③はがれ落ちてしまった場合:新しいお薬を別な場所に貼り直し、その場所を記入してください。</p>				

<痛みの治療効果>

<副作用と併用薬>

日付 (曜日)	痛みの強さ	併用薬1	併用薬2
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用

<改善があったこと・気づいたこと・食事について>

改善があったこと
気づいたこと
食事について

吐き気止め	吐き気	便秘薬	便通	日中の眠気	皮膚症状
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

<お薬を貼った場所と日時>

貼付日	□ 月 □ 日 (□)	貼付時刻	□ : □	お薬を貼った場所を 下図にご記入ください。
①お薬を2枚貼る場合:2枚を別な場所に貼り、その場所をそれぞれ記入してください。②一部がはがれた場合:再度手で押しつけるか、または皮膚用テープ等ではがれた部分を固定してください。③はがれ落ちてしまった場合:新しいお薬を別な場所に貼り直し、その場所を記入してください。				

<痛みの治療効果>

<副作用と併用薬>

日付 (曜日)	痛みの強さ	併用薬1	併用薬2
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用

<改善があったこと・気づいたこと・食事について>

改善があったこと

気づいたこと

食事について

吐き気止め	吐き気	便秘薬	便通	日中の眠気	皮膚症状
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

生活改善の目標

目標の記入日 20 年 月 日

2週間後に達成の度合いを記入しましょう。

達成の度合いの記入日 20 年 月 日

目標	達成の度合い	備考
睡眠	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
運動	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
仕事・家事	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
その他の日常生活	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	



新しい目標を立てましょう

生活改善の目標を立てることは、痛みの治療では、とても重要なことです。

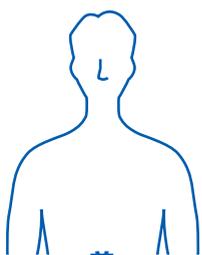
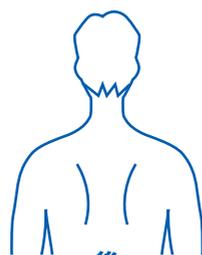
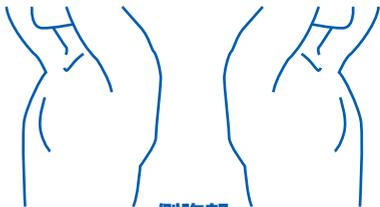
痛みを適切に治療することは、生活の質の改善につながっていきます。

目標は、ちょっとしたことでもかまいません。

患者さんご自身で目標を立て、記録をしながら、医師、看護師、薬剤師と協力し、よりよい日々を目指しましょう。



<お薬を貼った場所と日時>

貼付日	□月 □日 (□)	貼付時刻	□ : □	お薬を貼った場所を 下図にご記入ください。
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>前</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>後</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>側胸部</p> </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">①お薬を2枚貼る場合:2枚を別な場所に貼り、その場所をそれぞれ記入してください。②一部がはがれた場合:再度手で押しつけるか、または皮膚用テープ等ではがれた部分を固定してください。③はがれ落ちてしまった場合:新しいお薬を別な場所に貼り直し、その場所を記入してください。</p>				

<痛みの治療効果>

<副作用と併用薬>

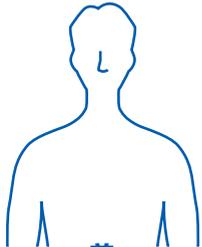
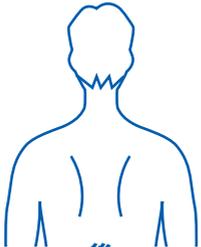
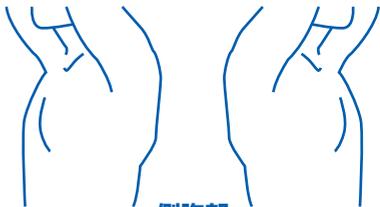
日付 (曜日)	痛みの強さ	併用薬1	併用薬2
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用

<改善があったこと・気づいたこと・食事について>

改善があったこと
気づいたこと
食事について

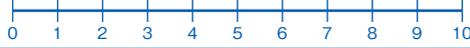
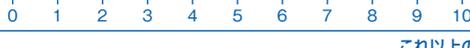
吐き気止め	吐き気	便秘薬	便通	日中の眠気	皮膚症状
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

<お薬を貼った場所と日時>

貼付日	□月 □日 (□)	貼付時刻	□ : □	お薬を貼った場所を 下図にご記入ください。
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>前</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>後</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>側胸部</p> </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">①お薬を2枚貼る場合:2枚を別な場所に貼り、その場所をそれぞれ記入してください。②一部がはがれた場合:再度手で押しつけるか、または皮膚用テープ等ではがれた部分を固定してください。③はがれ落ちてしまった場合:新しいお薬を別な場所に貼り直し、その場所を記入してください。</p>				

<痛みの治療効果>

<副作用と併用薬>

日付 (曜日)	痛みの強さ	併用薬1	併用薬2
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用

<改善があったこと・気づいたこと・食事について>

改善があったこと

気づいたこと

食事について

吐き気止め	吐き気	便秘薬	便通	日中の眠気	皮膚症状
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

は、医師、薬剤師、看護師にご相談ください。

生活改善の目標

目標の記入日 20 年 月 日

2週間後に達成の度合いを記入しましょう。

達成の度合いの記入日 20 年 月 日

目標	達成の度合い	備考
睡眠	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
運動	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
仕事・家事	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	
その他の日常生活	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほとんど達成 <input type="checkbox"/> 半分程度は達成 <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった	



新しい目標を立てましょう

生活改善の目標を立てることは、痛みの治療では、とても重要なことです。

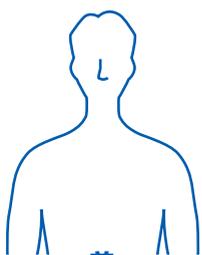
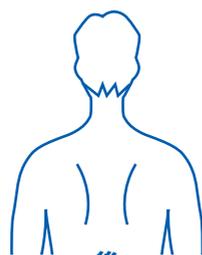
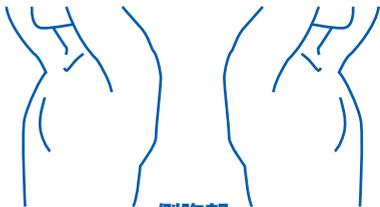
痛みを適切に治療することは、生活の質の改善につながっていきます。

目標は、ちょっとしたことでもかまいません。

患者さんご自身で目標を立て、記録をしながら、医師、看護師、薬剤師と協力し、よりよい日々を目指しましょう。



<お薬を貼った場所と日時>

貼付日	□月 □日 (□)	貼付時刻	□ : □	お薬を貼った場所を 下図にご記入ください。
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>前</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>後</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>側胸部</p> </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;"> ①お薬を2枚貼る場合:2枚を別な場所に貼り、その場所をそれぞれ記入してください。②一部がはがれた場合:再度手で押しつけるか、または皮膚用テープ等ではがれた部分を固定してください。③はがれ落ちてしまった場合:新しいお薬を別な場所に貼り直し、その場所を記入してください。 </p>				

<痛みの治療効果>

<副作用と併用薬>

日付 (曜日)	痛みの強さ	併用薬1	併用薬2
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用

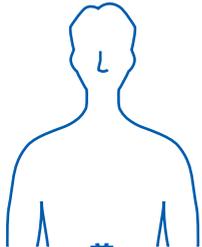
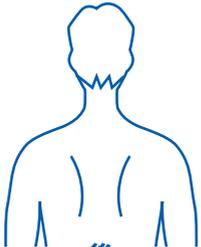
<改善があったこと・気づいたこと・食事について>

改善があったこと
気づいたこと
食事について

吐き気止め	吐き気	便秘薬	便通	日中の眠気	皮膚症状
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

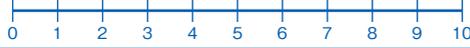
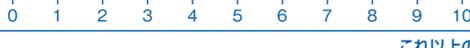
は、医師、薬剤師、看護師にご相談ください。

<お薬を貼った場所と日時>

貼付日	□月 □日 (□)	貼付時刻	□ : □	お薬を貼った場所を 下図にご記入ください。
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>前</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>後</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>側胸部</p> </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;"> ①お薬を2枚貼る場合:2枚を別な場所に貼り、その場所をそれぞれ記入してください。②一部がはがれた場合:再度手で押しつけるか、または皮膚用テープ等ではがれた部分を固定してください。③はがれ落ちてしまった場合:新しいお薬を別な場所に貼り直し、その場所を記入してください。 </p>				

<痛みの治療効果>

<副作用と併用薬>

日付 (曜日)	痛みの強さ	併用薬1	併用薬2
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用
/ ()	全く痛みなし これ以上の痛みは考えられない 	<input type="checkbox"/> 使用	<input type="checkbox"/> 使用

<改善があったこと・気づいたこと・食事について>

改善があったこと

気づいたこと

食事について

吐き気止め	吐き気	便秘薬	便通	日中の眠気	皮膚症状
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 吐いた	<input type="checkbox"/> 服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

は、医師、薬剤師、看護師にご相談ください。

おわりに

ノルspan[®]テープを使用し、痛みの治療を行った結果は、いかがでしょうか。

あらためて、治療開始からの経過、生活に関する記録を、振り返ってみてください。

そして、今後の治療方針について、医師と相談しましょう。



