痛みの治療日記

氏名 _____

使用している薬		月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
定期の鎮痛薬／レスキュー／その他								

		朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜
痛みの強さ	耐えられない痛み																												
	強い痛み																												
	中等度の痛み																												
	少しの痛み																												
	痛みなし																												
排便回数・性状																													
吐き気の有無		無　有				無　有				無　有				無　有				無　有				無　有				無　有			
その他・メモ																													