

日々の療養記録 NO.

月 日	/	/	/
* 痛みなしを0、考えられる最悪な痛みを10として0~10の数字で強さを表現。			
部 位			
強 さ	/10	/10	/10
頓服薬・鎮痛剤 の使用時間	:	:	:
	:	:	:
	:	:	:
	:	:	:
使用薬剤	:	:	:
	:	:	:
	:	:	:
	:	:	:
* 苦痛なしを0、考えられる最悪な苦痛を10として0~10の数字で強さを表現。			
吐き気	/10	/10	/10
だるさ	/10	/10	/10
()	/10	/10	/10
()	/10	/10	/10
使用薬剤			
* 食欲と睡眠は有・無、良・不良にて表現に○をつける。排便は形態に○をつけ回数で表現。			
食 欲	有・無	有・無	有・無
睡 眠	良・不良	良・不良	良・不良
排 便	固・普・軟 回	固・普・軟 回	固・普・軟 回
()			
()			
患者・家族 コメント			
在宅支援 チーム コメント			

※ 用紙が不足した場合は何も記載していないものをコピーしてお使いください。
 なお、札幌医大病院のホームページからもダウンロードできます。