

	月 日(曜日)		月 日(曜日)		月 日(曜日)		月 日(曜日)		月 日(曜日)		月 日(曜日)		月 日(曜日)	
時間を決めて服用(使用)している痛み止め	mg	服用時間	mg	服用時間	mg	服用時間	mg	服用時間	mg	服用時間	mg	服用時間	mg	服用時間
薬の名前	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時
	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時
	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時	mg	時
痛みがあったときにいつでも服用(使用)している痛み止め														
	1日の服用回数 回		1日の服用回数 回		1日の服用回数 回		1日の服用回数 回		1日の服用回数 回		1日の服用回数 回		1日の服用回数 回	
レスキュー薬 1回服用量 (変更時記載)	mg/回		mg/回		mg/回		mg/回		mg/回		mg/回		mg/回	
1日の平均的な痛み	/10		/10		/10		/10		/10		/10		/10	
眠気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 眠くてつらい		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 眠くてつらい		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 眠くてつらい		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 眠くてつらい		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 眠くてつらい		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 眠くてつらい		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 眠くてつらい	
吐気	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
便秘	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
現在の痛みの状態や気になる副作用、お知らせしたいこと等 自由に記載してください														