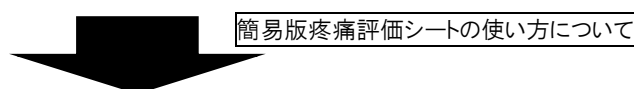


簡易版疼痛・副作用評価シートの使い方マニュアル（愛媛大学医学部附属病院薬剤部）
2014年4月作成

簡易版疼痛・副作用評価シート 来局日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族		「はい」の場合には以下をチェックしてください
痛み	痛みがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	場所() NRS() レスキュー(頓服)の使用回数(1日 回)
悪心	ムカムカ感や吐きそうになることがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 全く飲食できない
嘔吐	吐くことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1~2回 <input type="checkbox"/> 1日3~5回 <input type="checkbox"/> 1日6回以上
便秘	便秘薬を使用している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 時々(頓服) <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他(排便している)
眠気	眠気がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不快である <input type="checkbox"/> 不快でない
QOL	生活に支障をきたしている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	内容()
その他(特記事項)		

注)NRS:0(痛みがない)~10(想像できる最高の痛み)の11段階で評価するスケール



簡易版疼痛・副作用評価シート 来局日●年●月●日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input checked="" type="checkbox"/> ご家族		「はい」の場合には以下をチェックしてください
痛み	痛みがある <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	場所(腰背部) NRS(6) レスキュー(頓服)の使用回数(1日 2 回)
悪心	ムカムカ感や吐きそうになることがある <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 全く飲食できない
嘔吐	吐くことがある <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1~2回 <input type="checkbox"/> 1日3~5回 <input type="checkbox"/> 1日6回以上
便秘	便秘薬を使用している <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 時々(頓服) <input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他(排便している)
眠気	眠気がある <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不快である <input type="checkbox"/> 不快でない
QOL	生活に支障をきたしている <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	内容(痛みで起き上がりにくい)
その他(特記事項)		
ベッドから起き上がる時に痛みがでて、起き上がりにくいとの事。麻薬に関する説明はされているのでしょうか？。 etc		

注)NRS:0(痛みがない)~10(想像できる最高の痛み)の11段階で評価するスケール

【簡易版疼痛・副作用評価シートの使い方マニュアル】

- ①保険薬局に来局され、オピオイド鎮痛薬が処方されている患者さんにご使用ください。
- ②お薬受け渡し時、シートを用いて各項目について聴取をお願いします。
- ③左項目のチェックに『はい』があれば、右項目のチェックもお願いします。
- ④痛みについては、どこが痛いのか？(場所)、どのくらい痛いのか？(NRS)、もし時間がありましたら、その他(特記事項)へどのように痛いのか？、どんな時に痛いのか？をご記入ください。
- ⑤レスキュー(頓服)は急な痛みの増強や出現時に使用されます。増量の目安にもなりますので、1日に使用した回数を聴取をお願いします。
- ⑥その他に特記事項がありましたらご記入をお願いします。
- ⑦チェックが終わりましたら、院外処方せん右側のお薬伝言板(保険薬局薬剤師からのコメント)部分へ貼付のうえ、平日(8:30~17:00)愛媛大学医学部附属病院院外処方せん FAX コーナー(089-964-7458)へFAXをお願いします。

問い合わせ先：愛媛大学医学部附属病院薬剤部 飛鷹範明 (089-960-5738)