

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」の場合には以下の項目にもご記入下さい	
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	(特記事項があれば記載)		

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 type="checkbox"/> ご家族		「はい」の場合には以下の項目にもご記入下さい	
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	(特記事項があれば記載)		

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 type="checkbox"/> ご家族		「はい」の場合には以下の項目にもご記入下さい	
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	(特記事項があれば記載)		

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 type="checkbox"/> ご家族		「はい」の場合には以下の項目にもご記入下さい	
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	(特記事項があれば記載)		

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 type="checkbox"/> ご家族		「はい」の場合には以下の項目にもご記入下さい	
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	(特記事項があれば記載)		

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