



症状緩和トレーニングレポート（服薬情報提供書）

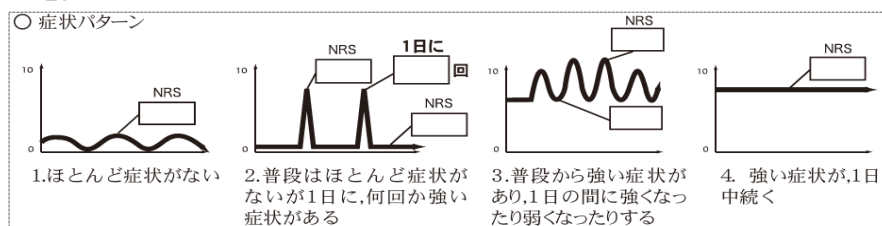
処方年月日 年 月 日 処方医 科 先生

患者名：(ID：)	保険薬局 名称・住所
年齢 歳 体重 kg	
患者からの同意 ☐ 得た ☐ 得ていない	
☐ 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL： FAX： 担当薬剤師：

原発巣： ☐ 大腸 ☐ 食道 ☐ 肺 ☐ 胃 ☐ 肝臓 ☐ 胆管 ☐ 膵臓 ☐ 乳腺 ☐ 前立腺 ☐ 腎 ☐ 他()
生活： ☐ 独居 ☐ 同居→ ☐ 子供 ☐ 配偶者 ☐ 親 ☐ その他【 】
血液検査データ：クレアチニン()mg/dL Cockcroft-Gault の予測式 Ccr()mL/min
鎮痛薬：定時投与薬 ☐ 無 ☐ 有→薬名【 】 レスキュー薬 ☐ 無 ☐ 有→薬名【 】 レスキュー薬の使用状況： 回/日 使用のタイミング レスキューの効果： ☐ 有 ☐ 無

痛み(症状)の 部位	痛みの強さ ☐ VAS ☐ NRS	痛み(症状)の性質	考えられる原因
	安静時【 】 体動時【 】	☐ 重苦しい ☐ チクチク ☐ 焼ける ☐ 締めつけられる ☐ 割れる ☐ ぴりぴり ☐ しびれ ☐ じっとしていても痛い ☐ 動くとき痛い ☐ その他 【 】	☐ 腫瘍による侵害受容性疼痛 ☐ 腫瘍による神経障害性疼痛 ☐ 不安 ☐ その他(下記に記入) _____

・該当するパターンに NRS を記入してください↓



・その他の症状：☐全身倦怠感 ☐食欲不振(体重直近1カ月で比較- kg) ☐嘔気 ☐嘔吐(回/日)
☐腹部膨満感 ☐便秘(Bristol スケール) ☐下痢 ☐浮腫 ☐不安・抑うつ(原因：)
☐不眠(原因：) ☐眠気(原因：) ☐排尿障害 ☐呼吸困難 ☐嚥下困難
☐その他【 】

・痛みの増悪因子：☐無 ☐有→【 】・痛みの軽快因子：☐無 ☐有→【 】・日常生活への影響：☐無 ☐有→【 】・検査値による投与量への影響：☐無 ☐有→【 】

・特記すべき他院の併用薬

<備考欄・伝達事項>

科学療法：☐有<レジメン： > ☐無 ホルモン療法：☐有<薬名： > ☐無

からだの痛みやつらさに関する質問票

□本人 □家族 □医療者 記載日 月 日 記入者 _____

① 気になっていることや、心配なことを記入してください

あり

- ☐ 症状や治療について、詳しく知りたいことや相談したいことがある
- ☐ 経済的な心配や制度でわからないことがある
- ☐ 日常生活で困っていることがある(食事・入浴・移動・排尿・排便など)
- ☐ 通院がたいへん

② 現在のからだの痛みやその他の症状はどの程度ですか？

該当する番号に○をしてください

症状は何ですか？

- 4 : 我慢できない症状がずっと続いている
- 3 : 我慢できないことがしばしばあり対応して欲しい
- 2 : それほどひどくないが方法があるなら考えて欲しい
- 1 : 現在の治療に満足している
- 0 : 症状がない

☐ 痛み
☐ その他の症状
()

③ この1週間で以下の症状が一番強いときはどれくらいの強さでしたか？

全くなかった ←

→ これ以上
考えられない
ほどひどかった

痛み（一番強いとき）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
（一番弱いとき）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
しびれ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ねむけ（うとうと）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ（つかれ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息切れ（息苦しさ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

嘔吐

なし 1日に1回 2～5回/日 6回/日以上

睡眠

よく眠れる 時々起きるが
だいたい眠れる 眠れない

便通

毎日 週4～6回 週1～3回 なし

いきまないと排便できない はい いいえ
排便後スッキリしない はい いいえ

便の性状 下の図から選んでください



7

水様便

水のような便

6

泥状便

形のない泥の
ような便

5

やや軟らかい便

水分が多く
やや軟らかい便

4

普通便

適度な軟らかさ
の便

3

やや硬い便

水分が少なく
ひび割れている便

2

硬い便

短く固まった
固い便

1

コロコロ便

固くコロコロの便
(兔の糞のような便)