

日時		7月7日(月)	月 日()	日()	日()	月 日()	月 日()
定時の痛み止め	薬の名前 ●●●●● □ mg						
	定時の痛み止めを記入してください	定時の痛み止めを服用した時間に○をつけてください					
臨時の痛み止め	薬の名前 ●●●●● □ mg						
	臨時の痛み止めを記入してください	臨時の痛み止めを服用した時間に○をつけてください 痛んだ部位を記入してください					
痛みの変化	痛みの強さ ↑ 強 ↓ 10 8 6 4 2 0						
		左から順に臨時の痛み止めを服用した時の痛みの強さの変化を記入してください (10は、これ以上考えられないほどの強い痛み) (0は、痛みなし)					
気になること	気になることがあれば○で囲んで下さい	○痛み 眠気 吐き気 ○便秘 その他	痛み 眠気 吐き気 便秘 その他	痛み 眠気 吐き気 便秘 その他	痛み 眠気 吐き気 便秘 その他	痛み 眠気 吐き気 便秘 その他	痛み 眠気 吐き気 便秘 その他
		痛み・眠気・吐き気・便秘・その他気になることがあれば○で囲んでください					

☆診察時、および薬局へ行く際にお持ちください。