



Shikoku  
Cancer Center

# 痛みの治療記録ノート

No.	記入開始日	年	月	日
-----	-------	---	---	---

# はじめにあなた自身のことをご記入ください

氏名	
住所	
電話	
生年月日	年 月 日

重要なことを伝えてほしい家族、友人等

名前

\_\_\_\_\_

連絡先

\_\_\_\_\_

サポートの医療者

四国がんセンター

科

\_\_\_\_\_

担当医師

\_\_\_\_\_

担当看護師

\_\_\_\_\_

担当薬剤師

\_\_\_\_\_

かかりつけ医療機関、訪問看護ステーションなど

かかりつけ医療機関

\_\_\_\_\_

連絡先

\_\_\_\_\_

訪問看護ステーション

\_\_\_\_\_

連絡先

\_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所

\_\_\_\_\_

連絡先

\_\_\_\_\_

かかりつけ薬局

\_\_\_\_\_

連絡先

\_\_\_\_\_

## がんの痛みについて

がん、またはがんの治療が原因で痛みを感じる場合があります。痛みの感じ方や痛みのためにどのような困りごとがあるのかは、人によって異なります。痛みを我慢していると、治療のさまたげになるばかりではなく、毎日の生活に支障を与えます。また、なによりあなたらしさを奪います。痛みを和らげることは大切な治療の一つです。その方法を医療者と一緒に考えていきましょう。

### 痛みの評価と疼痛コントロールの目標

痛みの場所、強さ、感じ方、時間、それによって困っていることなどをありのまま伝えてください。

疼痛コントロールの目標を立てて、一つずつ達成することを目指しましょう。また、痛みが和らげばどんなふうに過ごしたいかなど具体的な希望も教えてください。

**第一目標**：痛みを邪魔されず、夜ぐっすり眠れる

**第二目標**：安静にしていれば痛みを感じない

**第三目標**：からだを動かしても痛みを感じない

# 痛み止めのお薬の特徴

痛み止めのお薬にはさまざまな種類があります。  
それぞれの特徴を理解して正しく使用しましょう。

## 主な痛み止めのお薬

### 解熱鎮痛薬

消炎鎮痛薬やアセトアミノフェンがあります。

### 医療用麻薬

脊髄や脳に作用して痛みをやわらげる効果があります。

### 鎮痛補助薬

痛み止めのお薬の効果を補うために使用します。

## 医療用麻薬について

医療用麻薬には、飲み薬(錠剤・カプセル剤・散剤・液剤)、貼り薬、坐薬や注射があります。

その中で、長くゆっくり効くお薬(定期薬もしくはベース薬)と、比較的すぐに効くお薬(レスキュー薬)に分類されます。

### 長くゆっくり効くお薬 (定期薬もしくはベース薬)

毎日決められた時間やタイミングに使用して痛みをやわらげるお薬です。

お薬の効き目が長続きするように工夫されたお薬が選択されます。

定期薬もしくはベース薬と呼ばれます。

### 比較的すぐに効くお薬 (レスキュー薬)

急に現れた強い痛みをやわらげるために使用します。

即効性のあるお薬が選択されます。

レスキュー薬と呼ばれます。

お薬は小さなお子様の手の届かない所に保管してください。  
他の方に譲ったり渡したりしてはいけません。

# 医療用麻薬の副作用について

## 便秘

服用中は便秘になりやすくなります。  
便秘にならないように食事や運動など生活の中での工夫と、  
下剤を調整して使用します。

## 吐き気

飲み始めたときや、増量したときに吐き気が出る場合があります。  
からだが慣れると、1 週間くらいで吐き気は無くなる  
ことが多いです。吐き気止めを処方することがあります。

## 眠気

飲み始めたときや、増量したときに眠気を感じる場合があります。  
からだが慣れると、数日で眠気は無くなる  
ことが多いです。

その他にも、痒みや口の渇き、排尿障害などがあります。  
痛みに対して正しく使用すれば、中毒や依存症をきたす  
ことはほとんどありません。

なお、医療用麻薬を使用している間は、眠気、注意力低下  
が生じることがあるので、車の運転は控えてください。

# 痛みの表現方法について

痛みの強さを数字で表現します。

- ・ 0 から 10 の 11 段階で表す方法



痛みが無い

想像できる最大の痛み

- ・ 顔の表情で表す方法



**0**  
痛みが  
ない



**2**  
少しだけ  
痛い



**4**  
もう少し  
痛い



**6**  
もっと痛い



**8**  
かなり痛い



**10**  
もっとも  
痛い

2016.10 作成

2021.12 改定

2024.10 改定

# 記入例

(1)週目	8月15日(木曜日)			
定期薬 1回量 飲む時間	朝	昼	夜	寝る前
ロキソプロフェン 1回1錠 毎食後	○	○	○	
オキシコドン10mg 1回1錠 8時20時	○		○	
レスキュー薬 1回量	レスキュー薬を使用した時間とその前後の痛みの程度を記入してください			
	(時)	前	1時間後	
	0			
	3			
	6	5	2	
	9			
	12			
	15	6	2	
	18			
	21			
	24			
お通じの状態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 下痢	
	<input type="checkbox"/> 軟便		<input type="checkbox"/> 硬い	
	<input type="checkbox"/> 排便なし			
吐き気	<input type="checkbox"/> 強い		<input checked="" type="checkbox"/> 弱い	
	<input type="checkbox"/> なし			
眠気	<input type="checkbox"/> 強い		<input type="checkbox"/> 弱い	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
気になったこと				

飲んだ薬を書きましょう

オキノーム錠2.5mg  
1回1包

レスキュー薬を使用した時間を書きましょう  
前後の痛みの程度も記入しましょう (0~10)

あてはまるものにチェックをつけてください

# 痛みの経過表

( )週目	月 日( 曜日)				月 日( 曜日)				月 日( 曜日)			
定期薬 1回量 飲む時間	朝	昼	夜	寝る前	朝	昼	夜	寝る前	朝	昼	夜	寝る前
レスキュー薬 1回量	レスキュー薬を使用した時間とその前後の痛みの程度を記入してください											
	(時)	前	1時間後	(時)	前	1時間後	(時)	前	1時間後			
	0			0			0					
	3			3			3					
	6			6			6					
	9			9			9					
	12			12			12					
	15			15			15					
	18			18			18					
	21			21			21					
	24			24			24					
お通じの状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢			
	<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い		<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い		<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い		<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い		<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い			
	<input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 排便なし			
吐き気	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし			
眠気	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし			
気になったこと												

# 痛みの経過表

( )週目	月 日( 曜日)				月 日( 曜日)				月 日( 曜日)			
定期薬 1回量 飲む時間	朝	昼	夜	寝る前	朝	昼	夜	寝る前	朝	昼	夜	寝る前
レスキュー薬 1回量	レスキュー薬を使用した時間とその前後の痛みの程度を記入してください											
	(時)	前	1時間後	(時)	前	1時間後	(時)	前	1時間後			
	0			0			0					
	3			3			3					
	6			6			6					
	9			9			9					
	12			12			12					
	15			15			15					
	18			18			18					
	21			21			21					
	24			24			24					
お通じの状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢			
	<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い		<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い		<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い		<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い		<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い			
	<input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 排便なし			
吐き気	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし			
眠気	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし			
気になったこと												

# 痛みの経過表

( )週目	月 日( 曜日)				月 日( 曜日)				月 日( 曜日)			
定期薬 1回量 飲む時間	朝	昼	夜	寝る前	朝	昼	夜	寝る前	朝	昼	夜	寝る前
レスキュー薬 1回量	レスキュー薬を使用した時間とその前後の痛みの程度を記入してください											
<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>	(時)	前	1時間後	(時)	前	1時間後	(時)	前	1時間後			
	0			0			0					
	3			3			3					
	6			6			6					
	9			9			9					
	12			12			12					
	15			15			15					
	18			18			18					
	21			21			21					
	24			24			24					
お通じの状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便なし							
吐き気	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし							
眠気	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし							
気になったこと												

# 痛みの経過表

( )週目	月 日( 曜日)				月 日( 曜日)				月 日( 曜日)			
定期薬 1回量 飲む時間	朝	昼	夜	寝る前	朝	昼	夜	寝る前	朝	昼	夜	寝る前
レスキュー薬 1回量	レスキュー薬を使用した時間とその前後の痛みの程度を記入してください											
<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto;"></div>	(時)	前	1時間後	(時)	前	1時間後	(時)	前	1時間後			
	0			0			0					
	3			3			3					
	6			6			6					
	9			9			9					
	12			12			12					
	15			15			15					
	18			18			18					
	21			21			21					
	24			24			24					
お通じの状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便なし		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 排便なし							
吐き気	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし							
眠気	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし							
気になったこと												