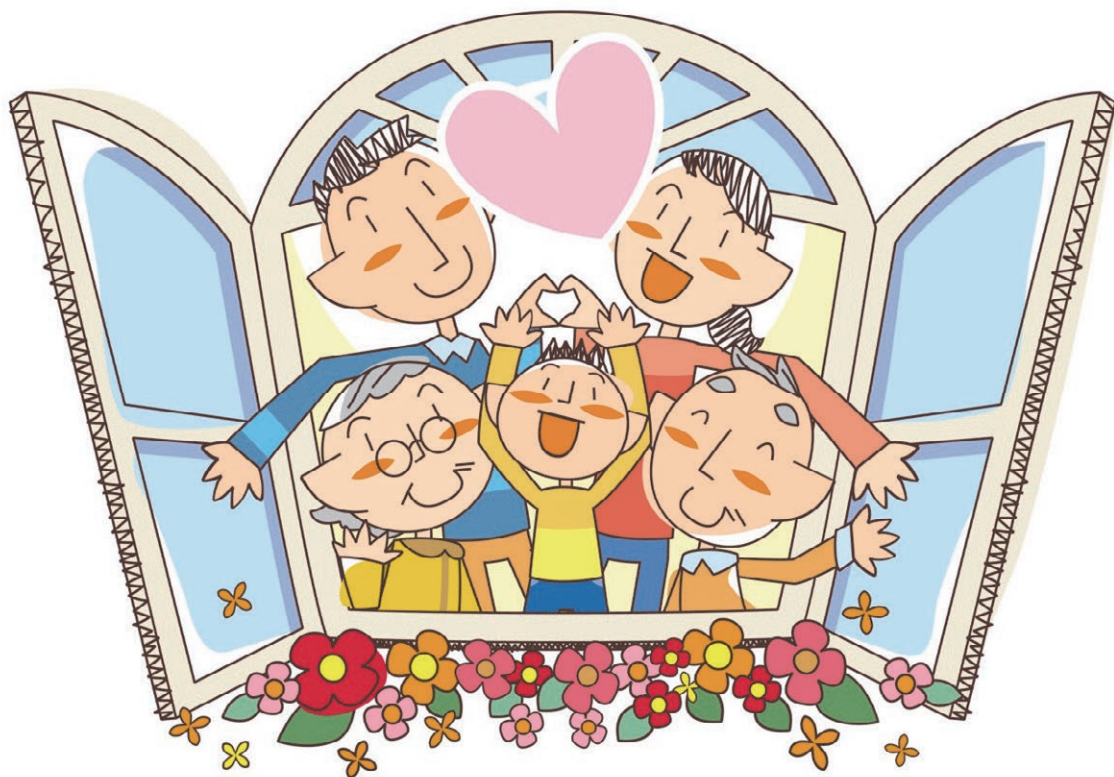


痛みの治療手帳

～トラマドール導入クリニカルパス～



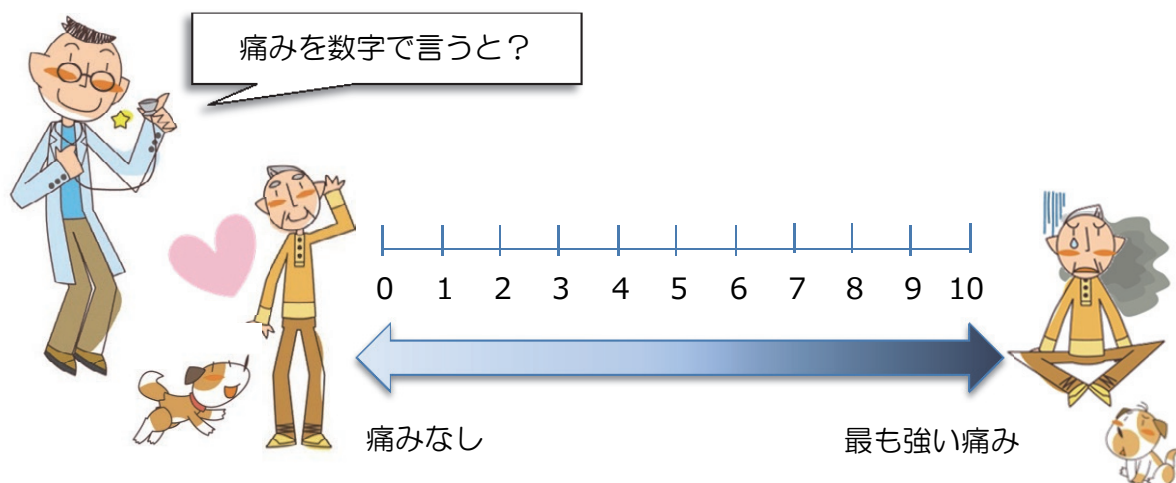
はじめに

- この冊子は、あなたの痛みをコントロールするため、あなたやご家族・医療関係者など、みんなで協力していけるようにするためのアイテムです。
- 痛みが少しでも早く和らぎ、あなたらしい生活を送ることができるよう活用していきましょう。



痛みを伝える

- 痛みは、あなたにしか分かりません。痛みを上手く治療（緩和）するためには、あなたが感じている痛みや困っていることを医療者に伝えることがとても大切です。



痛み止めの使い方

■ 時間を決めて飲む薬

トラマール

1回 25mg（1錠）、1日4回
朝・昼・夕・寝る前を目安に



■ 痛みを感じたとき

飲んでから1時間以上たっても痛みが軽くない場合は、我慢せずにもう1回分（1錠）飲みましょう。



痛みがとれないとき

- トラマールを2日間飲んでも痛みがとれない（常に痛みが続いている）ときは、

トラマール

1回25mg **2錠**に



増やして飲んでください。

（1日4回、1日の合計は8錠になります）
定期的に飲む分に加え、急な痛みに対して
とんぱくで飲む分も **2錠**へ増量となります。

- 外来は1週間後です。その間、困ったことや
気になることがありましたら、薬が処方された
病院（クリニック）や調剤薬局、訪問看護
ステーションなどにご相談下さい。



薬の副作用

代表的な薬の副作用は、以下のとおりです。これらの対応をしてもつらい症状があれば、無理せずご相談下さい。

■ 便秘

腸の動きをゆっくりにする作用があるため便秘になります。便秘薬と一緒に服用し、排便のコントロールをしましょう。

- 便を軟らかくする薬
(マグミット、マグラックスなど)
- 便を押し出す薬
(センノシド、ピコスルファートなど)



■ 吐き気

痛み止めを飲み始めて1週間位は、吐き気がすることがあります。気持ち悪くなったら吐き気止めを飲んでください。

(ノバミン、プリンペランなど)



■ 眠気

痛み止めの飲み始めや薬の量が増えた時、眠くなることがあります。徐々に治まってきます。

ご注意

- 痛み止めは、処方された患者さん以外の方が服用してはいけません。
- 医師の指示通りに内服し、自己判断で調節しないようにして下さい。
- お子様の手の届かないところに保管して下さい。



痛みの治療日記



月/日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
定期薬	トラマル mg 1日4回	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
	※飲んだら	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
	レ点チェック	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
		<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
とんぷく	トラマル mg (1回分)			
	※使用時間を ○で囲む			
	痛みの程度	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →
	とんぷくを 飲んだ後	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →
排便	性状	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬
	残便感	なし あり	なし あり	なし あり
嘔気		なし あり	なし あり	なし あり
眠気		なし あり	なし あり	なし あり
下剤		朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
			錠	錠
			滴	滴
吐き気 止め		朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
		朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
メモ				

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い
下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬
なし あり	なし あり	なし あり	なし あり
なし あり	なし あり	なし あり	なし あり
なし あり	なし あり	なし あり	なし あり
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	錠	錠	錠
	滴	滴	滴
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕

月/日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
定期薬	トラマル mg 1日4回	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
	※飲んだら	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
	レ点チェック	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
		<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
とんぷく	トラマル mg (1回分)			
	※使用時間を○で囲む			
	痛みの程度	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →
	とんぷくを飲んだ後	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →
排便	性状	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬
	残便感	なし あり	なし あり	なし あり
嘔気		なし あり	なし あり	なし あり
眠気		なし あり	なし あり	なし あり
下剤		朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
			錠	錠
			滴	滴
吐き気止め		朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
		朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
メモ				

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い
下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬
なし あり	なし あり	なし あり	なし あり
なし あり	なし あり	なし あり	なし あり
なし あり	なし あり	なし あり	なし あり
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
	錠	錠	錠
	滴	滴	滴
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕

月/日 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()
定期薬	トラマル mg 1日4回	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
	※飲んだら	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
	レ点チェック	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
		<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時
とんぷく	トラマル mg (1回分)			
	※使用時間を ○で囲む			
	痛みの程度	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →
	とんぷくを 飲んだ後	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← 痛みなし 最も強い →
排便	性状	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬
	残便感	なし あり	なし あり	なし あり
嘔気		なし あり	なし あり	なし あり
眠気		なし あり	なし あり	なし あり
下剤		朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
			錠	錠
			滴	滴
吐き気 止め		朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
		朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
メモ				

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時	<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 時
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 最も強い
下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬	下痢 軟 普通 硬
なし あり	なし あり	なし あり	なし あり
なし あり	なし あり	なし あり	なし あり
なし あり	なし あり	なし あり	なし あり
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
錠	錠	錠	錠
滴	滴	滴	滴
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕

～X㊦～



～X㊦～





お名前

さん

かかりつけ医

(電話 - -)

調剤薬局

(電話 - -)

訪問看護ステーション (依頼している場合)

(電話 - -)