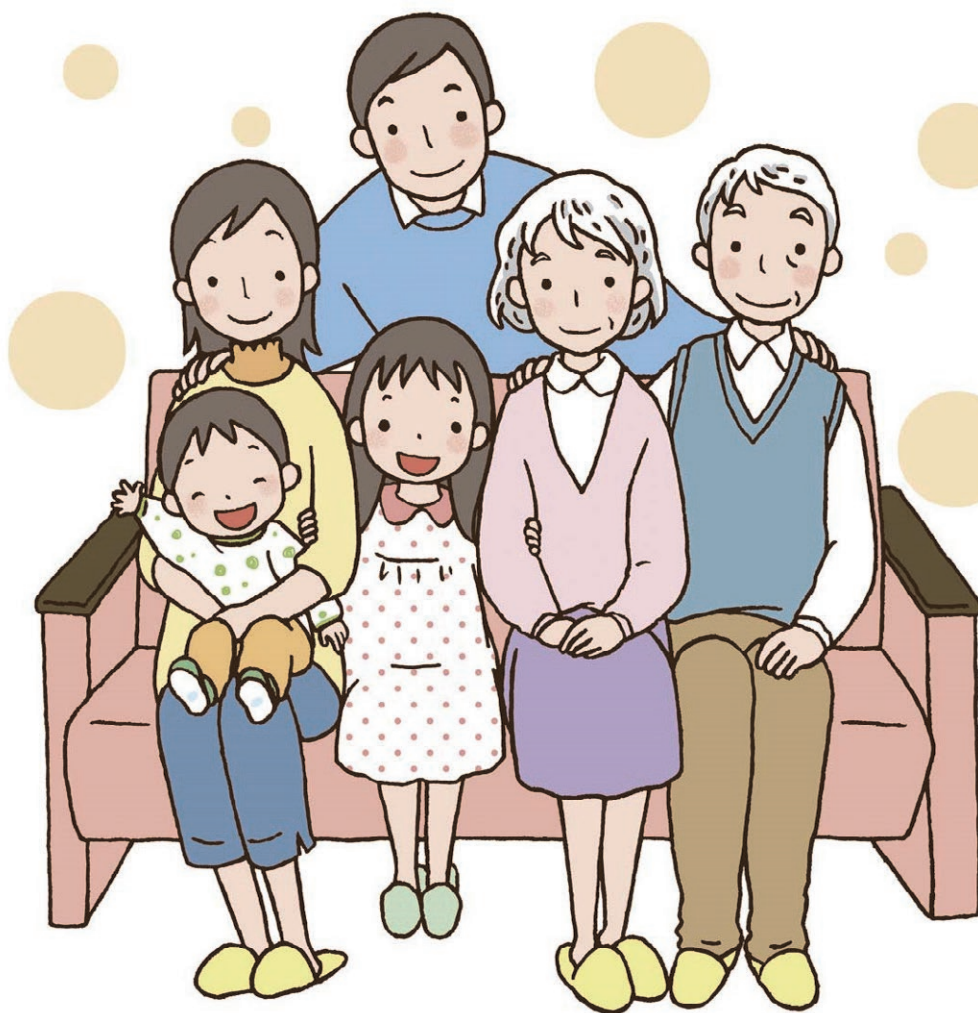


# 痛みの治療手帳

～オキシコドン導入クリニカルパス～



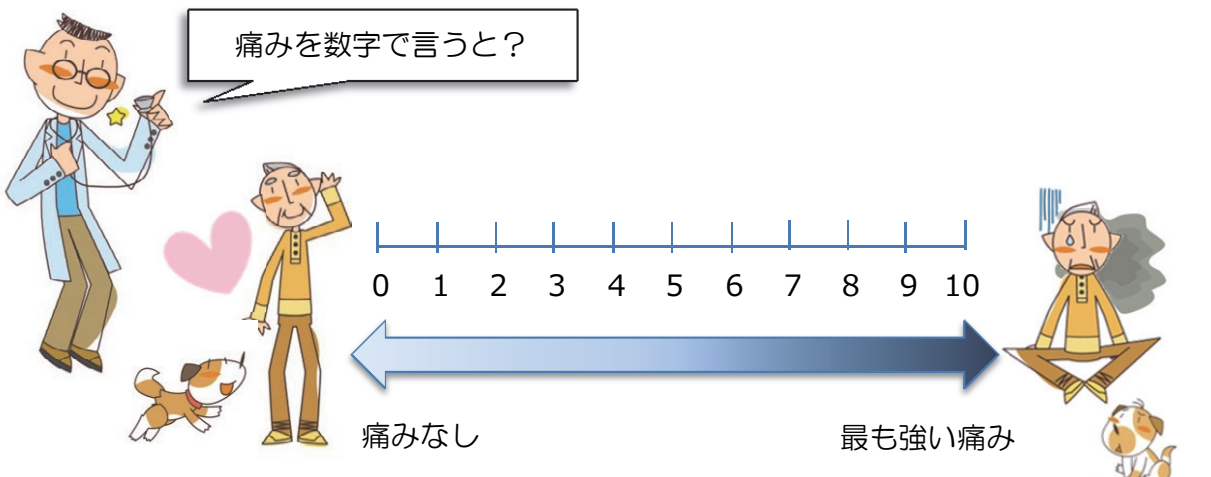
# はじめに

- 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が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

## オキシコンチン錠



1回 5mg (1錠)、1日 2回 (12時間毎)

食事とは関係なく、定期的に飲みます。

※例:朝 8 時と夜 8 時 (20 時) など

- 痛みを感じたときに飲む薬 (とんぷく)

## オキノーム散



1回 2.5mg (1包)

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 包) 飲みましょう。



# 痛みがとれないとき

- オキシコンチンを2日間飲んででも痛みがとれない（常に痛みが続いている）ときは、

## オキシコンチン錠

1回5mg2錠に

増やして飲んでください。

（1日2回、1日の合計は4錠になります）



- 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。

※連絡先は冊子の裏面へ記載



# 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。
- お子様の手が届かないところに保管して下さい。
- もし服用を減量・中止するなどして痛み止めが余った場合には、処方された病院（クリニック）または調剤薬局に返却して下さい



# 痛みの治療日記



月/日 (曜日)		/ ( )	/ ( )	/ ( )
定期薬	桂コソチン mg 1日2回 ※飲んだら 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 桂ノム 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	錠
		滴	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
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

月/日 (曜日)		/ ( )	/ ( )	/ ( )
定期薬	桂コソチン mg 1日2回 ※飲んだら 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 桂ノム 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	錠
		滴	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				



月/日 (曜日)		/ ( )	/ ( )	/ ( )
定期薬	桂コソチン mg 1日2回 ※飲んだら 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 桂ノム 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	錠
		滴	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
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

～メモ～



～メモ～





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 - - )