



痛みサポートブック

監修：日本大学医学部 麻酔科学系 麻酔科学分野 診療教授
加藤 実 先生



医療機関名

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木 3-22-7

エーザイ株式会社

〒112-8088 東京都文京区小石川 4-6-10

LYR75I109A

2018年7月作成

LYR1284AKA

年 月 ~ 年 月 冊目

本冊子は長引く痛みのある患者さんのためのサポートブックです。

痛み治療の目標を設定しましょう！

痛み治療には時間がかかることがあります。治療の効果を実感するためにも、身近で達成できそうな目標を設定することが大切です。あなたが今一番痛みで困っていること、痛みのせいのできないことは何ですか？
医師にそれを伝え、3か月先にできるようになりたいことを一緒に考えましょう。

●今一番痛む場所はどこですか？ 丸をつけてください

首・肩・腕・手首・手指・背中・腰・太もも・膝・足首

●今一番痛みで困っていること、できていないことは何ですか？

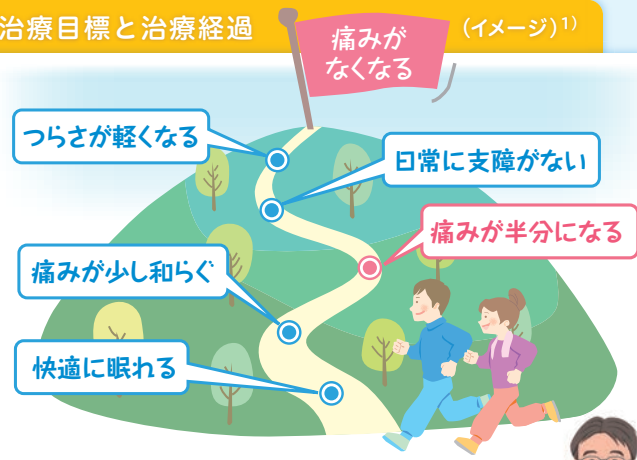


3か月後に痛みがもう少し楽になったらできるようになりたいこと

●3か月後に痛みがもう少し楽になったらできるようになりたいことは何ですか？

治療目標と治療経過

(イメージ)¹⁾



身近な治療目標を決めて、それを一つひとつ達成していくことを目指して、一歩ずつ治療に取り組みましょう。



¹⁾加藤 実：“6 ベイクリニック”あなたも名医！患者さんを苦しめる慢性痛にアタック！慢性の痛みとの上手な付き合い方 小川 節郎編 1 日本医事新報社：29, 2014 [L20170414009]より作成

3か月後の目標の例^{2,3)}

よく眠れる/
寝返りができる



家事ができる



着替えができる



ほかにも・・・

●仰向けで眠れる
●高いところに洗濯物が干せる
●買い物に行ける

●運動や散歩ができる
●友人や家族と旅行ができる

など

²⁾Turk, D. C. et al.: Pain 106 (3): 337, 2003 [L20180612009]
³⁾Dworkin, R. H. et al.: J pain 9(2): 105, 2008 [L20091210074]

痛み治療の進捗を記録しましょう！

毎日でなくても良いので、痛み治療の進捗を継続的に記録しましょう。治療目標の達成状況や痛みの程度、気になったことなどを記録し、医師と共有することで、より適した治療を探すヒントになります。

「痛み治療メモ」の記入のしかた

① 目標の達成状況

前ページで設定した治療の目標がどの程度達成したかを、パーセント(0～100%)で記入してください。

② 痛みの程度

想像できる最も強い痛みを「10」、痛みがない状態を「0」として、日中の痛みの強さに値する数字に印をつけてください。

③ ふだんの活動への影響

仕事や勉強、余暇活動など、ふだんの活動への影響の程度をチェックしてください。

④ 服薬状況

お薬がきちんと飲めているかどうか、服薬状況をチェックしてください。

⑤ 体調や気になったこと

そのときの体調や痛みの状態など、治療経過の参考になることがあれば、なるべく記入してください。また、お薬の副作用などで気になったことがあれば記入してください。

●「痛み治療メモ」の記入例

痛み治療メモ		6 / 7	/
①	目標の達成状況	20%くらい	%くらい
②	痛みの程度 (想像できる最も強い痛みを10)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 想像できる最も強い痛み	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 想像できる最も強い痛み
③	ふだんの活動への影響 (例：仕事、勉強、睡眠、家事、余暇活動等)	<input type="checkbox"/> 問題はない <input checked="" type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない
④	服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった
⑤	体調や気になったことなど (「薬を飲んで眠くなった」「まだ痛みを感じる」など)	薬を飲んで眠くなった 体調いいが、夜少し痛い	

痛み治療メモ

※ 毎日記録する必要はありませんが、できるだけ継続してください。
 ※ この手帳は通院の際に持参し、医師にみせるようにしましょう。
 ※ 副作用など気になることがあればすぐに主治医に相談してください。

日付	/	/	/	/
目標の達成状況	%くらい	%くらい	%くらい	%くらい
痛みの程度 (想像できる最も強い痛みを10)				
ふだんの活動への影響 (例：仕事、勉強、睡眠、家事、余暇活動等)	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない
服薬状況	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった
体調や気になったことなど (「薬を飲んで眠くなった」「まだ痛みを感じる」など)				



痛み治療メモ

※ 毎日記録する必要はありませんが、できるだけ継続してください。
 ※ この手帳は通院の際に持参し、医師にみせるようにしましょう。
 ※ 副作用など気になることがあればすぐに主治医に相談してください。

日付	/	/	/	/
目標の達成状況	%くらい	%くらい	%くらい	%くらい
痛みの程度 (想像できる最も強い痛みを10)				
ふだんの活動への影響 (例：仕事、勉強、睡眠、家事、余暇活動等)	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない
服薬状況	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった
体調や気になったことなど (「薬を飲んで眠くなった」「まだ痛みを感じる」など)				



痛み治療メモ

※ 毎日記録する必要はありませんが、できるだけ継続してください。
 ※ この手帳は通院の際に持参し、医師にみせるようにしましょう。
 ※ 副作用など気になることがあればすぐに主治医に相談してください。

日付	/	/	/	/
目標の達成状況	%くらい	%くらい	%くらい	%くらい
痛みの程度 (想像できる最も強い痛みを10)	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>
ふだんの活動への影響 (例：仕事、勉強、睡眠、家事、余暇活動等)	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない
服薬状況	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった
体調や気になったことなど (「薬を飲んで眠くなった」 「まだ痛みを感じる」など)				



痛み治療メモ

※ 毎日記録する必要はありませんが、できるだけ継続してください。
 ※ この手帳は通院の際に持参し、医師にみせるようにしましょう。
 ※ 副作用など気になることがあればすぐに主治医に相談してください。

日付	/	/	/	/
目標の達成状況	%くらい	%くらい	%くらい	%くらい
痛みの程度 (想像できる最も強い痛みを10)				
ふだんの活動への影響 (例：仕事、勉強、睡眠、家事、余暇活動等)	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない
服薬状況	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった
体調や気になったことなど (「薬を飲んで眠くなった」 「まだ痛みを感じる」など)				



痛み治療メモ

※ 毎日記録する必要はありませんが、できるだけ継続してください。
 ※ この手帳は通院の際に持参し、医師にみせるようにしましょう。
 ※ 副作用など気になることがあればすぐに主治医に相談してください。

日付	/	/	/	/
目標の達成状況	%くらい	%くらい	%くらい	%くらい
痛みの程度 (想像できる最も強い痛みを10)				
ふだんの活動への影響 (例：仕事、勉強、睡眠、家事、余暇活動等)	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない
服薬状況	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった
体調や気になったことなど (「薬を飲んで眠くなった」 「まだ痛みを感じる」など)				



痛み治療メモ

※ 毎日記録する必要はありませんが、できるだけ継続してください。
 ※ この手帳は通院の際に持参し、医師にみせるようにしましょう。
 ※ 副作用など気になることがあればすぐに主治医に相談してください。

日付	/	/	/	/
目標の達成状況	%くらい	%くらい	%くらい	%くらい
痛みの程度 (想像できる最も強い痛みを10)				
ふだんの活動への影響 (例：仕事、勉強、睡眠、家事、余暇活動等)	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない
服薬状況	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった
体調や気になったことなど (「薬を飲んで眠くなった」 「まだ痛みを感じる」など)				



痛み治療メモ

※ 毎日記録する必要はありませんが、できるだけ継続してください。
 ※ この手帳は通院の際に持参し、医師にみせるようにしましょう。
 ※ 副作用など気になることがあればすぐに主治医に相談してください。

日付	/	/	/	/
目標の達成状況	%くらい	%くらい	%くらい	%くらい
痛みの程度 (想像できる最も強い痛みを10)	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>
ふだんの活動への影響 (例：仕事、勉強、睡眠、家事、余暇活動等)	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない
服薬状況	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった
体調や気になったことなど (「薬を飲んで眠くなった」 「まだ痛みを感じる」など)				

