



依頼内容

【相談内容】

【痛みの程度】 痛みの程度をチェックしてください

痛みなし

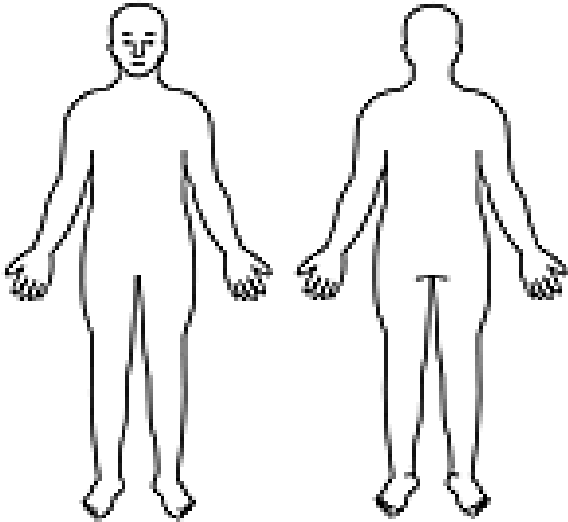
耐え難い強い痛み

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【痛みの性質】

- ずーんと重い痛み
- ずきつとした差し込むような痛み
- ピリピリした痛み
- その他

【痛みの部位】以下の図に印をつけてください



【使用している鎮痛剤】

【使用している抗がん剤】

【

【身体的苦痛】

- 痛み
- 吐き気嘔吐
- 倦怠感
- その他

【精神的苦痛】

- 精神疾患の既往あり
- 不眠
- 不安
- 抑うつ
- その他

【社会的苦痛】

- 家族間のコミュニケーション
- 医療スタッフとの連携
- その他

依頼ありがとうございます。確認後連絡させていただきます。

連絡先: 姫路赤十字病院 〒670-8540 姫路市下手野 1-12-1  
TEL: 079-294-2251(代) FAX: 079-299-5519(地域医療連携室)