

【NDモニタリングシート】

患者ID： \_\_\_\_\_ 患者氏名： \_\_\_\_\_

受診日 年 月 日	NDベース： NDレスキュー：	□ご本人 □ご家族		
チェック項目		1	2	2 選択時
NDコンプライアンス	時間をきめてのんでいますか？	<input type="checkbox"/> ほぼのめ ている	<input type="checkbox"/> のみ忘れることが 多い	* その他へ飲み忘れる理由の記載 をお願いします
NDレスキュー コンプライアンス	1回量、投与間隔、使 い方を知っています か？	<input type="checkbox"/> 知ってい る	<input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 病院から説明受け ていない	<input type="checkbox"/> 1回量 <input type="checkbox"/> 投与間隔 <input type="checkbox"/> 1日使用回数 <input type="checkbox"/> 他剤使用した <input type="checkbox"/> 舌下・バツカル使い方
痛み	痛みでがまんしてい ますか？(痛みの強さ は最も強い痛みを10 として0~10で教え て下さい。NRS へ記 載)	<input type="checkbox"/> いいえ NRS (    )	<input type="checkbox"/> はい ずっと痛い <input type="checkbox"/> はい 時々痛くな る	<input type="checkbox"/> 医師に相談 (有 ・無) <input type="checkbox"/> NRS (普段：    )(疼痛：    ) <input type="checkbox"/> フィキ-の使用回数 1日    回 <input type="checkbox"/> フィキ-の処方なし
食欲不振	吐く・吐きそうにな る、食事が入らないこ とはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 吐いた <input type="checkbox"/> はい 吐き気 <input type="checkbox"/> はい 食事入らない	<input type="checkbox"/> 嘔吐の回数 1日    回 <input type="checkbox"/> 体重減少
眠気	日中眠気があります か？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不快である <input type="checkbox"/> 不快でない
便秘	便秘で困っています か？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 下剤定期内服している <input type="checkbox"/> 下剤頓用使用している <input type="checkbox"/> 下剤使用していない
睡眠・生活への影 響	眠れないことはよく ありますか？ 日常生活で困ってい ることはありませ るか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 不眠 <input type="checkbox"/> はい 日常生活	* その他へ分かれば不眠の理由や 日常生活への影響の記載をお願い します。
制吐剤使用時の副 作用	そわそわ落ち着きが ない、体が勝手に動 く、動きが遅くなる、 よだれが出るなどあ りませんか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	薬剤部に至急連絡をお願いしま す。
言い忘れたこと 言えなかったこと 相談 気になったこと	指導中、病院で言えな かったことや相談(N Dへの不安など)があ りましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	緊急度の高い場合は連絡をお願い します。低い場合は*その他へ記 載をお願いします。
*その他				

記入日 \_\_\_\_\_ 調剤薬局名 \_\_\_\_\_ 薬剤師名 \_\_\_\_\_ 大分県済生会日田病院