

～あなたの痛みを教えてください～

月/日	時間	起床時	朝	昼	夕	寝る前	頓服薬 使用時間	その他
	最もひどい痛み	10						
		9						
		8						
		7						
		6						
		5						
		4						
		3						
		2						
		1						
		痛みなし	0					
	最もひどい痛み	10						
		9						
		8						
		7						
		6						
		5						
		4						
		3						
		2						
		1						
		痛みなし	0					
	最もひどい痛み	10						
		9						
		8						
		7						
		6						
		5						
		4						
		3						
		2						
		1						
		痛みなし	0					
	最もひどい痛み	10						
		9						
		8						
		7						
		6						
		5						
		4						
		3						
		2						
		1						
		痛みなし	0					