**■評価リスト**

　必要箇所をトレーシングレポートにコピーや転記して御使用ください。

**↓**

■評価　　評価日：　　年　　月　　日（報告日と異なる場合は記載してください）

* 痛みの場所（　　　　　　　　　　　　　　）
* 痛みの程度（NRS:0-10）痛みの性状（　　　　）\*ホームページの表も参照ください

　安静時（　　　　）　疼痛増悪時（　　　　）　ﾚｽｷｭｰ使用後（　　　　）

* 突出痛の出現タイミング

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* 副作用（該当するものに〇）

　傾眠　　便秘　　悪心　　その他（症状：　　　　　）

　　詳細

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* その他

　（ ）

■使用薬剤（他院含め今回の連絡に関連する必要な薬剤）

■相談事項や提案事項等