

ペインクリニック問診票

受診日： _____

氏名 _____ (歳) 男 ・ 女

ID： _____

1. 今回どのような症状のため受診されましたか？

いつ頃から、どこが（部位）、どのように（症状）できるだけ詳しくご記入下さい。

2. この病気で受診した医院や病院とそこでの診断、検査、治療内容についてご記入下さい。

3. 飲み薬、注射などで副作用がありましたか？

ない

ある

薬の名前と症状について教えてください

4. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

ない

ある 脳血管疾患 心臓血管疾患 糖尿病 高血圧 喘息・アレルギー
 外傷・交通事故 精神・神経疾患 その他

詳細をご記入下さい（発病年： _____ ）

5. 家族で病気になった方はありますか？

ない

ある

脳血管疾患 心臓血管疾患 糖尿病 高血圧
 喘息・アレルギー がん 精神・神経疾患 その他

6. 今飲んでいる薬はありますか？

ない

ある

詳細をご記入下さい

7. あなたの症状について詳しく教えてください。

・症状が出たときに、何かきっかけはありましたか？

ない ・ ある (

)

・その後症状はどのように変わりましたか？

悪くなっている 変わらず 良くなっている 良くなったり悪くなったり

・症状が楽になるのはどういう時ですか？

(

)

・症状がひどくなるのはどういう時ですか？

(

)

・あなたの症状に影響を与えるものは次のどれですか？

症状が良くなるものに○、悪くなるものに×をつけて下さい。

(特に変わらないことには印を付けしないで下さい)

暑さ 寒さ 寝る 座る 立つ 歩く 疲れたとき 不安なとき

天候 マッサージ 風呂 振動 アルコール カフェイン入り飲料

特別な姿勢 (

)

その他 (

)

8. 過去1週間のあなたの痛みを評価して下さい。

下の線は「痛みはない」から「これ以上の痛みはないくらい強い」までのうち、右側ほど痛みが強いことを意味します。

この直線上に過去1週間のあなたの痛みの強さをタテ棒 (/) で記入して下さい。



痛みはない

これ以上の痛みはないくらい強い

9. 過去1週間のあなたの痛みを評価して下さい。(全項目に必ず1つチェックをして下さい)

| | まったくない | いくらかある | かなりある | 強くある |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ズキンズキンと脈打つ痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 2. ギクッと走るような痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 3. 突き刺されるような痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4. 鋭い痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 5. しめつけられるような痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 6. 食い込むような痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 7. 焼け付くような痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8. うずくような痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 9. 重苦しい痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 10. さわると痛い | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 11. 割れるような痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 12. 心身ともうんざりするような痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 13. 気分が悪くなるような痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 14. 恐ろしくなるような痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 15. 耐え難い身のおきどころのない痛み | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

疼痛生活障害評価尺度 Pain Disability Assessment Scale :PDAS

この質問票は、あなたの病気(痛み)があなたが日常生活のいろいろな場面で行っている行動にどのような影響を及ぼしているかを調べるためのものです。

以下にいろいろな動作や活動が書かれています。

それぞれの項目について、最近の一週間のあなたの状態をもっともよく言い表されている数字を○で囲んで下さい。それぞれの数字は次のような状態のことです。

わからないことがあれば遠慮なく担当医におたずねください。

0 : この活動を行うのに全く困難(苦痛)はない。

1 : この活動を行うのに少し困難(苦痛)を感じる。

2 : この活動を行うのにかなり困難(苦痛)を感じる。

3 : この活動は苦痛が強くて、私には行えない。

| | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
| ・掃除機をかけ、庭仕事などの家の中の雑用をする | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・ゆっくり走る | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・腰を曲げて床の上のものを拾う | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・買い物に行く | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・階段を上がる、下がる | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・友人を訪れる | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・バスや電車に乗る | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・レストランや喫茶店に行く | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・重いものを持って運ぶ | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・料理を作る、食器洗いをする | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・腰を曲げたり伸ばしたりする | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・手を伸ばして棚から重いもの(砂糖袋など)を取る | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・体を洗ったり、ふいたりする | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・便座に座る、便座から立ち上がる | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・ベッド(床)にはいる、ベッド(床)から起き上がる | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・車のドアを開けたり閉めたりする | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・じっと立っている | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・平らな地面の上を歩く | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・趣味の活動を行う | : | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・洗髪する | : | 0 | 1 | 2 | 3 |

HAD 尺度

次にある14の設問を読み、それぞれについて4つの答えのうちあなたのこの1週間に最も近いものに○をつけて下さい。

それぞれの設問に長く時間をかけて考える必要はありません。

1 緊張感を感じますか？

- (1) ほとんどいつもそう感じる
- (2) たいていそう感じる
- (3) 時々そう感じる
- (4) 全くそう感じない

2 以前楽しんでいたことを今でも楽しめますか？

- (1) 以前と全く同じ位楽しめる
- (2) 以前より楽しめない
- (3) すこししか楽しめない
- (4) まったく楽しめない

3 まるで何かひどいことが今にも起こりそうな恐ろしい感じがしますか？

- (1) はっきりあって、程度もひどい
- (2) あるが程度はひどくない
- (3) わずかにあるが、気にならない
- (4) 全くない

4 笑えますか？いろいろなおかしい面が理解できますか？

- (1) 以前と同じように笑える
- (2) 以前と全く同じようには笑えない
- (3) 明らかに以前ほどには笑えない
- (4) 全く笑えない

5 くよくよした考えが心に浮かびますか？

- (1) ほとんどいつもある
- (2) たいていある
- (3) 時にあるが、しばしばではない
- (4) ほんの時々ある

6 機嫌が良いですか？

- (1) 全くそうではない
- (2) しばしばそうではない
- (3) 時々そうだ
- (4) ほとんどいつもそうだ

7 のんびり腰かけて、そしてくつろぐことができますか？

- (1) できる
- (2) たいていできる
- (3) できることがしばしばではない
- (4) 全くできない

8 まるで考えや反応がおそくなったように感じますか？

- (1) ほとんどいつもそう感じる
- (2) たいへんしばしばにそう感じる
- (3) 時々そう感じる
- (4) 全くそう感じない

9 胃が気持ち悪くなるような一種おそろしい感じがしますか？

- (1) 全くない
- (2) 時々感じる
- (3) かなりしばしば感じる
- (4) たいへんしばしば感じる

10 自分の身なりに興味を失いましたか？

- (1) 明らかにそうだ
- (2) 自分の身なりに十分な注意をはらっていない
- (3) 自分の身なりに十分も注意をはらっていないかもしれない
- (4) 自分の身なりには十分な注意をはらっている

11 まるで終始動き回っていなければならぬほど落ち着きがないですか？

- (1) 非常にそうだ
- (2) かなりそうだ
- (3) あまりそうではない
- (4) 全くそうではない

12 これからのことが楽しみにできますか？

- (1) 以前と同じ程度にそうだ
- (2) その程度は以前よりやや劣る
- (3) その程度は明らかに以前より劣る
- (4) ほとんど楽しみにできない

13 急に不安に襲われますか？

- (1) 大変しばしばにそうだ
- (2) かなりしばしばにそうだ
- (3) しばしばではない
- (4) 全くそうでない

14 良い本やラジオやテレビの番組を楽しめますか？

- (1) しばしばそうだ
- (2) 時々そうだ
- (3) しばしばでない
- (4) ごくたまにしかない