

ペインクリニック問診用紙

氏名

男・女

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和
職業()

年

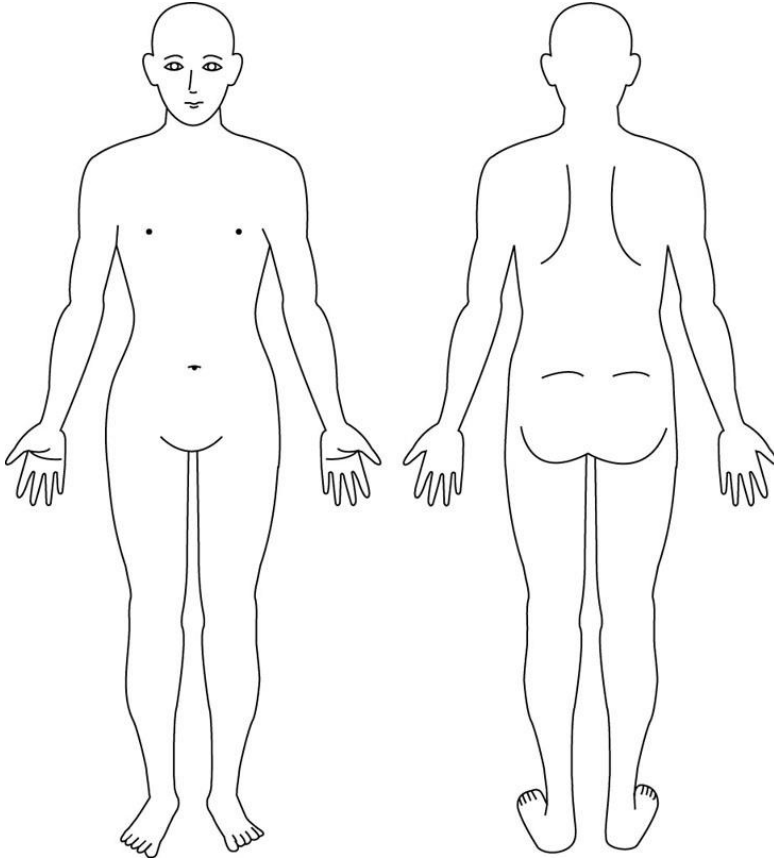
月

日

年齢

歳

1. 痛みのあるところや具合の悪いところを下図で示して
どのような状態かを書き込んでください。



2. その症状はいつからですか？ → _____年 _____月 _____日
3. その症状がおこるきっかけはありますか？あれば具体的に書いてください
→ なし あり ()
4. その症状は一時的ですか？ それとも持続的ですか？ → 一時的 持続的
5. 痛みがある場合、あなたが感じる痛みはどのように表現されますか？
あてはまるものがあれば○をつけてください
- 1) 針で刺されるような痛みがある
 - 2) 電気がはしるような痛みがある
 - 3) 焼けるようなひりひりするような痛みがある
 - 4) しびれの強い痛みがある

- 5)衣類が擦れたり、冷風にあたったりするだけで痛みが走る
- 6)痛みの部位の感覚が低下していたり過敏になっていたりする
- 7)痛みの部位の皮膚がむくんだり、赤や紫に変色したりする

6. 最近1ヶ月を振り返って、これらの症状はあなたの日常生活にどのような影響を与えましたか？□にチェックを入れてください

- 1)仕事や家事などができなくなった
□全くない □まれに □ときどき □ほとんどいつも □いつも
- 2)睡眠が十分にとれないことがあった
□全くない □まれに □ときどき □ほとんどいつも □いつも
- 3)食事がとれないことがあった
□全くない □まれに □ときどき □ほとんどいつも □いつも
- 4)気分がひどく落ち込むことがあった
□全くない □まれに □ときどき □ほとんどいつも □いつも

7. 日常生活について

- 1)タバコは吸いますか？→ □いいえ □はい
- 2)お酒はのみますか？→ □いいえ □はい
- 3)便は1日何回でますか？→ ()回

8. 今までかかった病気に○をつけてください

高血圧・糖尿病・喘息・喘息以外の肺の病気・心臓の病気・がん
脳梗塞・外傷、事故・うつ病などの心の病気・目、耳、鼻、歯の病気
その他の病気 ()

9. 現在、のんでいる薬はありますか？

- なし
- あり →(薬の名前:)
→血液をさらさらにする薬をのんでいますか？ □はい □いいえ

10. 薬や食べ物などで何か困った症状がでたことはありますか？

- なし
- あり →(薬や食べ物の名前:

11. 家族で病気になった方はいますか？

- なし
- あり →高血圧・糖尿病・喘息・心臓の病気・がん・脳梗塞
その他の病気 ()

☆ご協力ありがとうございました