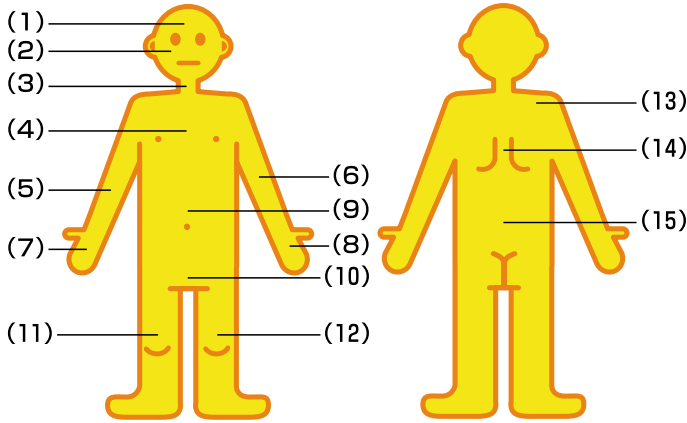


痛みのチェックシート

記入日 年 月 日
氏 名



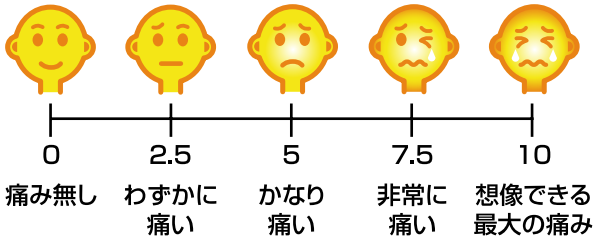
Q1. 体のどこに痛みを感じますか。



- (1)頭 (2)顔 (3)喉 (4)胸 (5)右腕 (6)左腕
(7)右手 (8)左手 (9)腹 (10)下腹部 (11)右足
(12)左足 (13)肩 (14)背中 (15)腰 (16)その他

番号記入してください:

Q2. その痛みは、どのくらい痛いですか。Q1でお伺いした痛みのある箇所に最も近い場所を○で囲んでください。



Q3. その痛みは、どのような痛みですか。

(例) じんじん・ちくちく・ひりひり・つっぱったようになど

Q4. 痛み出したのは、いつからですか。

年 月頃

Q5. 痛みは、何かをきっかけに始まったものですか。

はい / いいえ

Q6. どのようなことが、きっかけでしたか。

(例) 手術後・入浴後・食事後など

Q7. その痛みは、どういうときに強くなりますか。

(例) 歩くとき・ベッドから体を起すとき・食べ物や飲み物を飲み込むとき・排便を行なうとき・寝返りをうつとき・大きく呼吸をするときなど

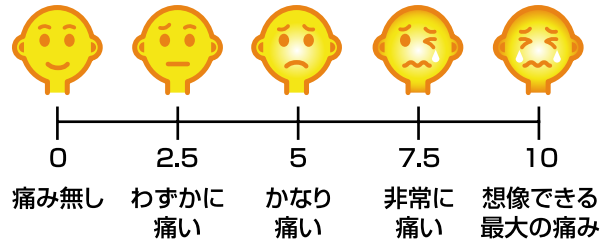
Q8. その痛みは、どういうときに軽くなりますか。

(例) 痛み止めを飲む、横になってじっとしている、温めるなど

Q9. その痛みに変化はありますか。

(a) 増している (b) 変わらない (c) 軽くなっている

Q10. この24時間以内に感じたもっとも強い痛みはどのくらいですか。もっとも近い場所を○で囲んでください。



Q11. 現在痛みを抑えるための鎮痛剤を使用していますか。

はい / いいえ

はいに○の方: わかる範囲で、どのようなお薬か、教えて下さい。

Q12. 痛みのために日常生活でお困りのことはありますか。

(例) 歩けない、座れない、横になれない、眠れない、入浴できないなど

Q13. 痛み以外に体調の悪いところはありますか。

(例) 食欲がない、吐き気・嘔吐がある、お腹がはる、息苦しい、めまいがする (症状の度合いに関係なく思い当たるすべてを記入してください)

Q14. 肉体的な痛み以外に、お困りのことはありますか。