



麻酔科 ペイン外来（痛み外来） 問診表

氏名 _____

1. 麻酔・疼痛・緩和医療科を受診された理由はなんですか。

[]

2. あなたの痛みについて10点満点で教えてください。(10点は「想像しうる最大の痛み」として。)

直近の4週間で最大の痛みは何点ですか。

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
なし										最大

直近の4週間で最小の痛みは何点ですか。

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
なし										最大

直近の4週間で平均すると痛みは何点ですか。

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
なし										最大

あなたの痛みの経過を表す図として、どれが最もあてはまりますか？ ☐ 印にチェックを付けて下さい

	持続的な痛みで、痛みの程度に若干の変動がある	☐
	持続的な痛みで、時々痛みの発作がある	☐
	痛みが時々発作的に強まり、それ以外の時は痛みがない	☐
	痛みが時々発作的に強まり、それ以外の時も痛みがある	☐

痛みのある場所を図に示してください

痛みは他の部位にも広がりますか？

☐ はい ☐ いいえ

はいと答えた方は、その場所と広がり方も書いてください

Pain detect 日本語版より引用・改変

以下の当てはまるものを○でかこみ、また記入願います

3. いつから痛みが始まりましたか。

[]

4. 痛みはどのくらいの頻度ですか。

一日中 一日に数回 一日に1-2回 一週間に数回

5. 痛みはどのくらい続きますか。

常時 数時間 数分 数秒

6. どうすると痛みが良くなる、悪くなるというのがありますか。(たとえば入浴、寒い場所、など)

良くなること：

悪くなること：

7. 夜はよく眠れますか。

全く眠れない ・ほとんど眠れない ・あまり良く眠れない ・比較的よく眠れる

8. 食欲はありますか。

ある ・ ない

9. 当てはまる方をチェックしてください。

質問 1：痛みにいずれかの特徴がありますか。

1. 焼けるような痛み はい ☐ いいえ ☐

2. 冷たく感じる痛み はい ☐ いいえ ☐

3. 電気が走る様な痛み はい ☐ いいえ ☐

質問 2：その同じ部位の痛みは次のいずれかの症状を伴いますか。

4. ピリピリ感じる はい ☐ いいえ ☐

5. 針に刺されるように感じる はい ☐ いいえ ☐

6. にぶい又はしびれているように感じる はい ☐ いいえ ☐

7. かゆく感じる はい ☐ いいえ ☐

ここは医師が
記載しますの
で、記入しな
い
いでください。

痛みを感じる部位の触診を受けた際、下記の特徴があるか。

8. 触れられる事に対する知覚低下 はい ☐ いいえ ☐

9. チクチク刺すような痛みに対する知覚低下 はい ☐ いいえ ☐

痛い部位においてその痛みは、下記によって引き起こされたり増したりするか。

10. 軽くなでる はい ☐ いいえ ☐

10. 痛みに対して今までどんな治療をしましたか。

内服 薬の名前 []

手術 ブロック注射 鍼灸 電氣的治療 温熱療法 リハビリテーション

その他 []

11. 歯の治療、例えば抜歯などで、局所麻酔をしたことがありますか。

(局所麻酔とは、注射や塗り薬などで、その部位の感覚を麻痺させることです。)

ある ・ ない

その時 吐き気、めまい、けいれん、しびれなどの問題がありましたか。

ある ・ ない

12. 現在同居されている家族構成を教えてください。

[]

13. 現在の仕事内容を教えてください (例：事務、営業、運転など)

[]

14. 当院へはどのような交通手段で受診され、どのくらい時間がかかりましたか

交通手段 [] 所要時間 []

ご協力ありがとうございます。診察までしばらくお待ちください