

いま現在のあなたの痛みは 10 点満点でどの程度ですか？

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
なし 最大

過去 4 週間で最も激しい痛みはどの程度でしたか

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
なし 最大

過去 4 週間の痛みの平均レベルはどの程度ですか

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

痛みのある部位では、焼けるような痛み（例：ヒリヒリするような痛み）がありますか？

一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

ピリピリしたり、チクチク刺したりするような感じ（蟻が歩いているような、電気が流れているような感じ）がありますか？

一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

痛みがある部位を軽く触られる（衣服や毛布が触れる）だけでも痛いですが？

一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

電気ショックのような急激な痛みの発作が起きることはありますか？

一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

冷たいものや熱いもの（お風呂のお湯など）によって痛みが起きますか？

一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

痛みのある場所に、しびれを感じますか？

一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

痛みがある部位を、少しの力（指で押す程度）で押しても痛みが起きますか？

一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

痛みの問診票2