

# ペイン外来問診票

大変申し訳ありませんが、痛みの外来受診前に毎回問診票の記入をお願い致します。  
(内服日記を持参している方は不要です。)

患者様 ご氏名( ) 記入日(平成 年 月 日)

■下線の部を○でかこむか、文章でお答え下さい。

\* 痛い場所はどこですか？

いつものところ( ) それ以外の場所( )

\* 痛みの強さは？ (10段階で) \_\_\_\_\_

\* 痛いのはいつですか？ 朝・昼・夜 24時間ずっと・時々発作的に・動かした時

\* どのような痛みですか？

(\_\_\_\_\_)

(例：ズキズキ脈打つような痛み、針で刺されたような感じ、しびれ、さしこみ、  
しめつけるような、焼きつくような、風が当たっただけでも痛い、・・・など)

\* 夜眠れていますか？ はい・いいえ・その他

\* 夢はみますか？ はい・いいえ

\* ペイン外来から処方されている薬をきちんと飲まれていますか？

きちんと飲んでいる・ときどき飲まないものもある・ほとんど飲んでいない

\* 痛い時に飲む薬（レスキュー）は1日に何回使いますか？

\_\_\_\_\_回～\_\_\_\_\_回

\* またそれはどれくらいで効いてきますか？

10分後・30分後・1時間後・2時間後・あまり効かない・全然効かない・その他

\* ペイン外来で行っている以外で、  
痛みに対して何か行っていることはありますか？

ある(\_\_\_\_\_)・ない

\* ご自身で、薬の副作用と思われることがありましたらお書き下さい

ねむけ・便秘・下痢・胃腸の調子が悪い・吐き気・口の渇き・めまい・ふらつき  
動悸・発疹・かゆみ・変な夢を見る・夜間頻尿・尿が出にくい・だるい

その他(\_\_\_\_\_)

ご協力ありがとうございました。 かしわでクリニック