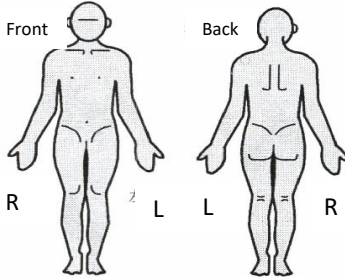


ID: 独歩・杖歩行・車椅子 紹介状あり C D-R (あり・なし)

NO.		Pain Clinic Questionnaire 麻酔科痛みセンター 初診問診票				Height	cm					
						Body Weight	Kg					
フリガナ Name	Age 歳				Height and weight must be provided							
Sports History Which sports()を How long()years/年		Are you pregnant妊娠中 or Breastfeeding授乳中?										
★Do you have pain anywhere in your body? 体のどこかに痛みがありますか？		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		* Please be sure to check the number below to indicate the intensity of your pain								
	Pain Scale 強さ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Type of pain どんな	<input type="checkbox"/> Throbbingズキズキ <input type="checkbox"/> Dullズーン <input type="checkbox"/> Heavy重たい <input type="checkbox"/> stingピリピリ <input type="checkbox"/> Prickingチクチク <input type="checkbox"/> Shooting電気が走る <input type="checkbox"/> Otherその他 ()										
	Where どこが	Area部位 ()										
	When いつ	<input type="checkbox"/> Alwaysいつも <input type="checkbox"/> When you move動くと <input type="checkbox"/> When you touch触ると <input type="checkbox"/> Sometimes時々 <input type="checkbox"/> Can't sleep with痛みで眠れない Otherその他 ()										
	Does it interfere with your normal activities? 日常生活に支障はありますか？ <input type="checkbox"/> Yesある <input type="checkbox"/> Noない											
Medical History 既往歴	<input type="checkbox"/> Noneなし <input type="checkbox"/> Myocardial infarction心筋梗塞 <input type="checkbox"/> Angina pectoris狭心症 <input type="checkbox"/> Arrhythmia不整脈 <input type="checkbox"/> Hypertension高血圧 <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus糖尿病 <input type="checkbox"/> Asthma喘息 <input type="checkbox"/> Chronic obstructive pulmonary disease慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> Gastric duodenal ulcer胃十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> Brain infarction脳梗塞 <input type="checkbox"/> Dyslipidemia脂質異常 <input type="checkbox"/> Prostatic hypertrophy前立腺肥大 <input type="checkbox"/> Cancerがん () <input type="checkbox"/> Glaucoma緑内障 <input type="checkbox"/> Liver disease肝臓疾患 () <input type="checkbox"/> Kidney disease腎臓疾患 () <input type="checkbox"/> Otherその他 ()											
Surgical History手術歴	<input type="checkbox"/> Noneなし <input type="checkbox"/> Yesあり What kind of surgery? ()											
History of Cancer がんの既往	<input type="checkbox"/> Noneなし <input type="checkbox"/> Yesあり ()											
Medications お薬	* Are you currently taking any medications? 現在飲んでいるお薬はありますか。 <input type="checkbox"/> Noなし <input type="checkbox"/> Yesあり (Do you have a Drug History Handbook? 薬手帳: Yesあり NOなし) Name of medications お薬の名前 () * Are you taking any blood-thinners (Anticoagulant, Antiplatelet) 現在抗凝固薬や抗血小板薬を飲んでいますか。 <input type="checkbox"/> Noなし <input type="checkbox"/> Yesあり Name of medication 薬剤名 ()											
Allergy アレルギー	<input type="checkbox"/> Noなし <input type="checkbox"/> Yesあり * Please indicate to what and describe your symptoms below. To what?何の? () Symptoms症状 ()											
Pacemaker ペースメーカー	Do you have an implanted pacemaker <input type="checkbox"/> No無 <input type="checkbox"/> Yes有 IF yes, do you have a pacemaker handbook/ ID card? ペースメーカーを埋め込んでいますか？ ある場合は、ペースメーカー手帳またはID cardをお持ちですか？ <input type="checkbox"/> No無 <input type="checkbox"/> Yes有 <input type="checkbox"/> at home 自宅にある											
Smokingたばこ	<input type="checkbox"/> Noいいえ <input type="checkbox"/> Quitやめた <input type="checkbox"/> Yes吸っている (How many 1日 / day本×How long /years年間)											
Alcoholお酒	<input type="checkbox"/> Noいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい (<input type="checkbox"/> Beerビール <input type="checkbox"/> Sake日本酒 <input type="checkbox"/> Wineワイン <input type="checkbox"/> Shochu焼酎 <input type="checkbox"/> Otherその他 () <input type="checkbox"/> Drink everyday毎日飲む ⇒ How often飲む頻度: How many週に times/per week 回数程度 How much飲む量: 1回に ml/ a time											
Religion宗教	<input type="checkbox"/> Noなし <input type="checkbox"/> Yesあり ()											
Risk of Falls 転倒の危険度	Have you ever fallen within 3 months? 3ヶ月以内に転んだことはありますか。					<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい						
	Do you have orthoses on your feet? 足に装具をつけていますか。					<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい (Cane杖・Walker歩行)						
	Do you use a cane or walker? 杖や歩行器を使っていますか。					<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい						
	Do you use a wheelchair? 車椅子を使っていますか。					<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい						
	Do you feel dizziness? ふらつきはありますか。					<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい						
	Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today? 本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか。					<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい						
	Did you come with someone today? 付き添いはいますか。					<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい						
Did you drive your own car, bicycle or motorcycle when you came to the hospital? circle the answer. 来院時ご自分で車、自転車、オートバイの運転をされましたか。					<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい							
*This questionnaire will be used to determine your treatment plan. Please make sure to include as much information as possible.												

1. When did the pain and numbness start? What brought on or triggered the pain?

痛みやしびれはいつからはじまりましたか？また、きっかけはありますか。

Since when ()頃より。Triggerきっかけ()

2. Have you ever been to another hospital for pain or numbness before? If yes, please describe.

いままでに痛みやしびれで他院を受診されたことはありますか。ある場合は記載してください。

3. Does your pain or numbness **worsen with movement**? If yes, please describe.

痛みやしびれが**動作によって悪化**することはありますか。ある場合は記載してください。

(e.g., Bending backwards, raising hands upwards, pain when touched, etc.)

4. Please check that apply to **your pain and numbness**.

痛みやしびれの状態についてあてはまるものに○をつけてください。

It's persistent 持続的にある

It's paroxysmal/sudden 発作的にある

5. We would like to ask about the **type of the pain or numbness** in detail. Please mark the following items that apply to you. **痛みやしびれの性状**について詳しくお聞きします。以下の表現であてはまるものに印をつけてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Throbbing ズキンズキンと脈打つ | <input type="checkbox"/> Heavy 重苦しい |
| <input type="checkbox"/> Shooting ギクツと走る | <input type="checkbox"/> Tender さわると |
| <input type="checkbox"/> Stabbing 突き刺されるような | <input type="checkbox"/> Splitting 割れるような |
| <input type="checkbox"/> Sharp 鋭い | <input type="checkbox"/> Tiring-exhausting 心身ともうんざりするような |
| <input type="checkbox"/> Tightening/Cramping しめつけられるような | <input type="checkbox"/> Sicking 気分が悪くなるような |
| <input type="checkbox"/> Gnawing 食い込むような | <input type="checkbox"/> Fearful 恐ろしくなるような |
| <input type="checkbox"/> Burning 焼け付くような | <input type="checkbox"/> Unspeakable 耐え難い、身のおきどころがない |
| <input type="checkbox"/> Aching うずくような | |

6. We would check for any prominent pain such as throbbing or shooting pain today.

今日1日の突出的な(ズキツとするなどの)痛みの状態を確認します。

Unimaginable pain 10, No pain at all 0

How severe your pain is at this point? Please check the number below.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. We would check the persistent pain today?

今日1日の持続的な痛みの状態を確認します。

Unimaginable pain 10, No pain at all 0

How severe your pain is at this point? Please check the number below.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Please check all that **apply** to the following questions. 次の**当てはまるもの**に○をつけてください

- | | | |
|---|-------|-------|
| ① I sometimes wake up at night with pain. 夜間、痛みで目が覚めることがある。 | Yesはい | Noいいえ |
| ② I think about pain every day. 毎日痛みのことばかり考えてしまう | Yesはい | Noいいえ |
| ③ The range of pain is getting bigger and stronger. 痛みの範囲がだんだん大きく、強くなってきている | Yesはい | Noいいえ |
| ④ I'm losing motivation because of the pain. 痛みのためにやる気がなくなってきている | Yesはい | Noいいえ |
| ⑤ I mostly stay home because of the pain. 痛みのために家にいることが多い | Yesはい | Noいいえ |
| ⑥ I think this pain and numbness will gradually lessen.
この痛みやしびれは徐々に軽くなっていくと思う | Yesはい | Noいいえ |

9. If there is anything else you would like to add, please include it below.

この他に何かございましたら、下記に記載してください。

10. For each item, please mark the square (□) that best describes your current health condition.

各項目において、あなたの今日の健康状態を最もよく表している四角(□)1つに印をつけてください。

(1) Mobility 移動の程度について

- I have no problem walking around. 歩き回るのに問題はない
- I'm having a little trouble walking around. 歩き回るのに少し問題がある
- I have a moderate problem walking around. 歩き回るのに中等度の問題がある
- I have quite a lot of problems to walk around. 歩き回るのにかなり問題がある
- I can't walk around. 歩き回ることができない

(2) Personal care 身の回りの管理について

- I have no problem washing and dressing myself. 自分で身体を洗ったり着替えをするのに問題はない
- I have a little problem washing and dressing myself. 自分で身体を洗ったり着替えをするのに少し問題がある
- I have a moderate problem washing and dressing myself. 自分で身体を洗ったり着替えをするのに中等度の問題がある
- I have quite a lot of problem washing and dressing myself. 自分で身体を洗ったり着替えをするのにかなり問題がある
- I can't wash and dress myself. 自分で身体を洗ったり着替えをすることができない

(3) Regular activities (e.g., work, study, family/leisure activities)

ふだんの活動(例: 仕事、勉強、家族・余暇活動)について

- I have no problem doing my regular activities. ふだんの活動を行うのに問題はない
- I have a little problem doing my regular activities. ふだんの活動を行うのに少し問題がある
- I have a moderate problem doing my regular activities. ふだんの活動を行うのに中等度の問題がある
- I have quite a lot of problem doing my regular activities. ふだんの活動を行うのにかなり問題がある
- I can't do my regular activities. ふだんの活動を行うことができない

(4) Pain / Discomfort 痛み/不快感について

- No pain or discomfort. 痛みや不快感はない
- A little pain or discomfort. 少し痛みや不快感がある
- Moderate pain or discomfort. 中等度の痛みや不快感がある
- Severe pain or discomfort. かなりの痛みや不快感がある
- Extreme pain or discomfort. 極度の痛みや不快感がある

(5) Anxiety / Depression 不安/ふさぎ込について

- Neither anxious nor depressed. 不安でもふさぎ込んでもいない
- A little anxious or depressed. 少し不安もしくはふさぎ込んでいる
- Moderately anxious or depressed. 中等度の不安もしくはふさぎ込んでいる
- Very anxious or depressed. かなり不安もしくはふさぎ込んでいる
- Extremely anxious or depressed. 極度の不安もしくはふさぎ込んでいる