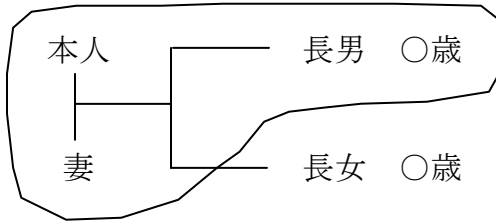


災害医療センター がん疼痛相談外来 問診表

記入日 年 月 日

氏名：	性別：
生年月日：	年齢：
かかりつけ医療機関名：	主治医名：

1. 家族構成：図のように記入し、同居者は枠で囲んでください。



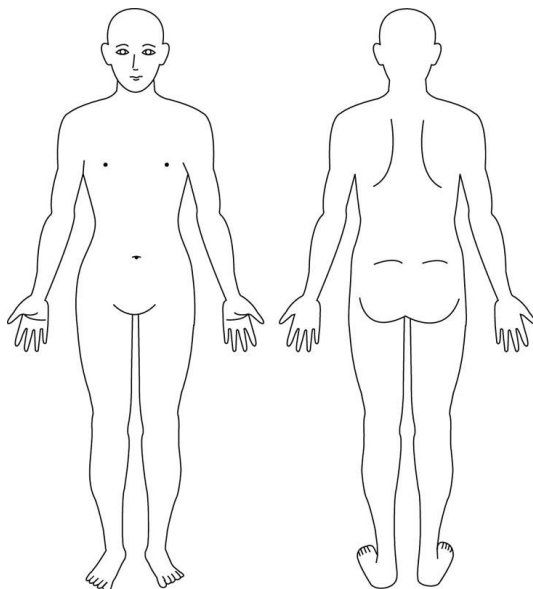
2. 相談できる家族の氏名、続柄

氏名： (続柄)

3. 主治医から病気や現在の状況について、どのように説明されていますか？

4. 現在、どんな治療を受けていますか？

5-1. 痛みの部位：痛みを感じている部分を斜線で示し、最も痛むところに×印をつけて下さい。



5-2. 痛みの強さ(NRS): この 24 時間を感じた痛みについて、当てはまる数字を囲んで下さい。

	痛みがない										想像しうる 最悪の痛み
最も強い痛み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
最も弱い痛み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
痛みの平均	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5-3. 痛みの性質: どのような痛みですか?

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 鋭い痛み | <input type="checkbox"/> うずく痛み | <input type="checkbox"/> さしこむ痛み |
| <input type="checkbox"/> 鈍い痛み | <input type="checkbox"/> 重苦しい痛み | <input type="checkbox"/> しめつけられる痛み |
| <input type="checkbox"/> 焼けるような痛み | <input type="checkbox"/> 刺すような痛み | <input type="checkbox"/> 電気が走るような痛み |

5-4. 出現時期: いつから始まりましたか?

痛みの場所① _____ 年 _____ 月頃から
 痛みの場所② _____ 年 _____ 月頃から

5-5. 持続時間: どのくらい続きますか?

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 一日中痛い | <input type="checkbox"/> 時々、発作的に痛む | <input type="checkbox"/> 動いたりする時だけ痛む |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

5-6. 増悪因子: どのようなことが痛みを強くしますか?

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 定期的な痛み止めを飲む前 | <input type="checkbox"/> 食事 | <input type="checkbox"/> 夜 |
| <input type="checkbox"/> 体を動かしたとき | <input type="checkbox"/> 咳をしたとき | <input type="checkbox"/> 排尿、排便をしたとき |
| <input type="checkbox"/> 冷やす | <input type="checkbox"/> 温める | <input type="checkbox"/> その他() |

5-7. 軽快因子: どのようなことが痛みを軽くしますか? 工夫していることはありますか?

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 冷やす | <input type="checkbox"/> 温める | <input type="checkbox"/> マッサージ | <input type="checkbox"/> その他() |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

5-8. 生活への影響: この 24 時間のうち、痛みが生活に影響しましたか? 数字を囲んで下さい。

	支障なし	少し支障がある	支障がある	かなり支障がある
日常生活全般	0	1	2	3
睡眠	0	1	2	3
家事、仕事	0	1	2	3
歩行	0	1	2	3
気持ち	0	1	2	3

5-9. 現在、決まった時間に使用している痛み止めは何という薬ですか？副作用はありますか？

薬の名前：

副作用 眠気 吐き気、嘔吐 便秘
その他 ()

5-10. 追加で使う痛み止め(レスキュー)は何という薬ですか？効果と副作用はありますか？

薬の名前：

効果 なし 少しよくなる 大体良くなる
副作用 使うと眠気がでる 使うと吐き気がでる

5-11. 痛みがどのくらいになったらいいと考えていますか？

夜はゆっくり眠れる 安静にしていれば痛くない 動いても痛くない

6. 痛み以外に身体のつらさはありますか？

しびれ 吐き気・嘔吐 食欲不振 腹部の張り 便通障害(便秘・下痢)
 排尿障害(尿閉・失禁) 息苦しさ だるさ むくみ その他()

7. 気持ちのつらさはありますか？

不安 気分の落ち込み 不眠 眠気 その他()

8. 身体、気持ちのつらさ以外に心配なこと、気になっていることはありますか？

今後の療養場所 在宅療養の準備 経済的問題 その他()

ご協力ありがとうございました。

受診当日ご持参いただくものチェックリスト

- 健康保険証
- 外来予約票
- ご記入いただいた『緩和ケア相談外来 問診票』
- お薬を内服している場合、お薬手帳、またはお薬1日分
- 紹介元医療機関からの『緩和ケア相談外来 診療情報提供書』
- 画像情報、血液検査結果