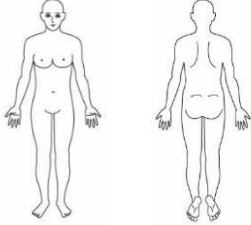


## 痛みの問診票

名前 \_\_\_\_\_

最近 3 日間の痛みについて下記の項目にお答え下さい。

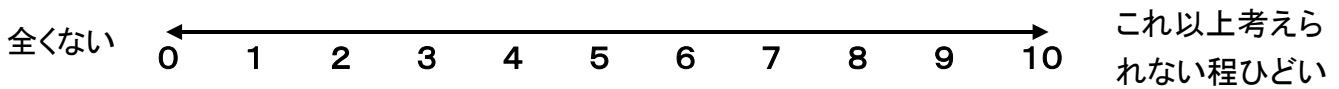
1. 痛みがある部位に○をつけてください



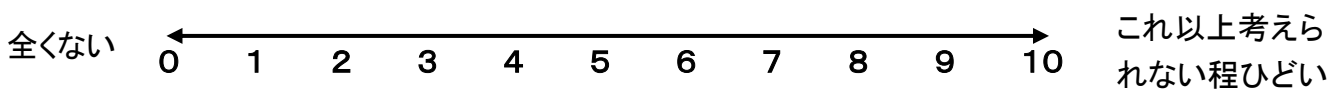
## ★かかりつけ薬局★

- 変更なし
- フタツカ薬局病院前店
- 阪神調剤薬局ニッケパークタウン店
- その他( \_\_\_\_\_ )

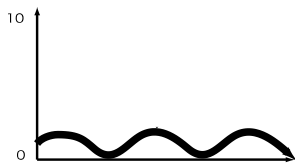
2. 一番痛い時の痛みの強さはどのくらいですか？あてはまる数字に○をつけて下さい



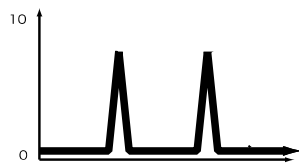
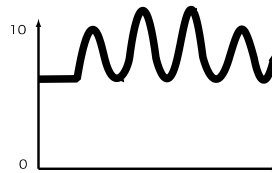
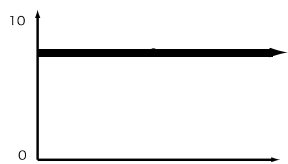
3. 普段の痛みの強さはどのくらいですか？あてはまる数字に○をつけて下さい



4. 痛みのパターンについてあてはまる番号(①～④)に○をつけてください



①ほとんど症状がない

②普段はほとんど症状がないが  
1日に何回か強い症状がある③普段から強い症状があり、  
強くなったり弱くなったりする

④強い症状が1日中続く

5. どのような痛みですか？

- 差し込むような痛み    ズキズキする痛み    おされるような痛み    重だるい痛み
- うずくような痛み    絞られるような痛み    灼けるような痛み    ピリピリする痛み
- 電気が走るような痛み    その他( \_\_\_\_\_ )

6. 痛い時に飲む頓服の痛み止めの服用回数を教えてください

\_\_\_\_\_ 回/日

7. 痛み止めの満足度を教えてください

- 満足している    どちらともいえない
- 満足していない(痛み止めの量や種類を検討して欲しい)

8. 以下のような症状はありますか？

- 便秘    嘔気・嘔吐    眠気

9. その他気になることがあれば、ご記入下さい

{ \_\_\_\_\_ }