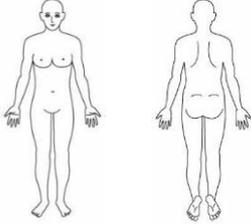


痛みの問診票

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。

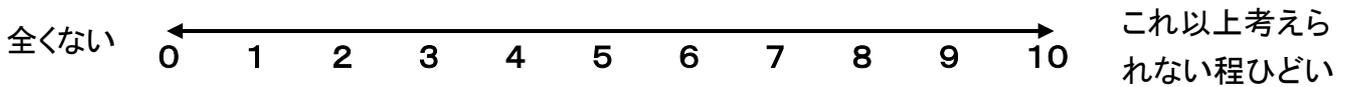
1. 痛みがある部位に○をつけてください



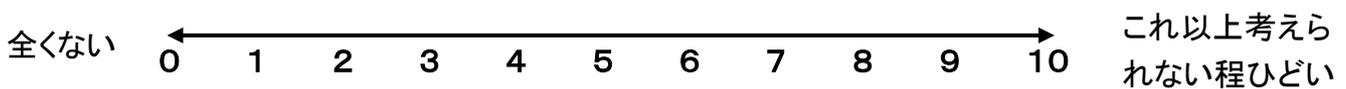
★かかりつけ薬局★

- 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(_____)

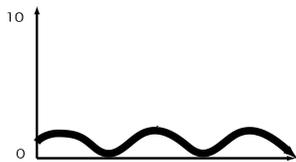
2. 一番痛い時の痛みの強さはどのくらいですか？あてはまる数字に○をつけて下さい



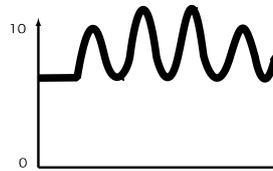
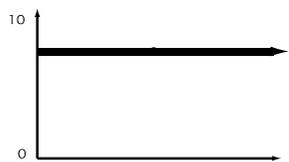
3. 普段の痛みの強さはどのくらいですか？あてはまる数字に○をつけて下さい



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

{ _____ }