

国際脊髄損傷データセット

疼痛に関する基本データ – FORM – Version 1.1

情報収集日： 年 月 日

今日を含めてこの 7 日間に痛みがありましたか？

いいえ はい

はいと答えられた方にお聞きします。痛みに関係した問題点はいくつくらいありましたか。

1; 2; 3; 4; 5 以上

最も困っている痛みを 3 つ挙げてください。

1.

2.

3.

最も困っている痛みについて:

痛みの場所 (あてはまるものすべてにチェックしてください): 右(R), 正中 (M), 左 (L)		右	正中	左	痛みのタイプ (あてはまるものすべてにチェックして下さい)	痛みの程度と時間的パターン
頭部						
首/肩	喉				侵害性 <input type="checkbox"/> 筋骨格 <input type="checkbox"/> 内臓 <input type="checkbox"/> その他	この 1 週間の平均的疼痛レベル: 0 = 痛みなし ~ 10 = 思い浮かぶ最悪の痛み <input type="checkbox"/> 0; <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> 4; <input type="checkbox"/> 5; <input type="checkbox"/> 6; <input type="checkbox"/> 7; <input type="checkbox"/> 8; <input type="checkbox"/> 9; <input type="checkbox"/> 10
	首					
	肩					
腕/手	上腕				神経因性 <input type="checkbox"/> 脊損レベル <input type="checkbox"/> 脊損レベル以下 <input type="checkbox"/> その他	痛みの出現日: 年 月 日 本日を含めこの 7 日間で痛みがあつた日数 <input type="checkbox"/> 0; <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> 4; <input type="checkbox"/> 5; <input type="checkbox"/> 6; <input type="checkbox"/> 7; <input type="checkbox"/> 不明
	肘					
	前腕					
	手首					
	手/指					
体幹前面/陰部	胸部				□ 不明	通常どのくらい痛みが続きますか: <input type="checkbox"/> 1 分以下; <input type="checkbox"/> 1 分から 1 時間 <input type="checkbox"/> 1 時間から 24 時間 <input type="checkbox"/> 24 時間以上 <input type="checkbox"/> 常時持続している <input type="checkbox"/> 不明
	腹部					
	骨盤/陰部					
背中	背部					
	腰部					
臀部/股関節部	臀部					
	股関節部					
	肛門					
大腿部						
下腿部/足	膝					
	すね					
	ふくらはぎ					
	足首					
	足/足指					

以下の質問は先週 1 週間の状況に関してのものであることにご注意ください。

痛みが悪化しないように、どの程度御自分の活動を制限していますか

全くしていない 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に制限している

レクリエーションやその他の社会的活動に参加する能力が痛みでどのように変わりましたか

変化なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に変わった

家族と過ごすことの満足感や楽しみが、痛みのためにどのように変わりましたか

変化なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に変わった

一般的に、先週の日常生活に痛みがどの程度の障害になりましたか?

障害なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に障害となった

一般的に、先週の全体的な気分に痛みがどの程度の障害になりましたか?

障害なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に障害となった

一般的に、夜間熟睡するのに痛みがどの程度の障害になりましたか?

障害なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に障害となった

痛みに関する問題に対して何らかの治療を受けていますか?: いいえ はい

2番目に困っている痛みについて:

痛みの場所 (あてはまるものすべてにチェックしてください): 右(R), 正中 (M), 左 (L)		右	正中	左	痛みのタイプ (あてはまるものすべてにチェックして下さい)	痛みの程度と時間的パターン
頭部						
首/肩	喉				侵害性 <input type="checkbox"/> 筋骨格 <input type="checkbox"/> 内臓 <input type="checkbox"/> その他	この 1 週間の平均的疼痛レベル: 0 = 痛みなし ~ 10 = 思い浮かぶ最悪の痛み <input type="checkbox"/> 0; <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> 4; <input type="checkbox"/> 5; <input type="checkbox"/> 6; <input type="checkbox"/> 7; <input type="checkbox"/> 8; <input type="checkbox"/> 9; <input type="checkbox"/> 10
	首					
	肩					
腕/手	上腕				神経因性 <input type="checkbox"/> 脊損レベル <input type="checkbox"/> 脊損レベル以下 <input type="checkbox"/> その他	痛みの出現日: 年 月 日 本日を含めこの 7 日間で痛みがあつた日数 <input type="checkbox"/> 0; <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> 4; <input type="checkbox"/> 5; <input type="checkbox"/> 6; <input type="checkbox"/> 7; <input type="checkbox"/> 不明
	肘					
	前腕					
	手首					
	手/指					
体幹前面/陰部	胸部				□ 不明	通常どのくらい痛みが続きますか: <input type="checkbox"/> 1 分以下; <input type="checkbox"/> 1 分から 1 時間 <input type="checkbox"/> 1 時間から 24 時間 <input type="checkbox"/> 24 時間以上 <input type="checkbox"/> 常時持続している <input type="checkbox"/> 不明
	腹部					
	骨盤/陰部					
背中	背部					
	腰部					
臀部/股関節部	臀部					
	股関節部					
	肛門					
大腿部						
下腿部/足	膝					
	すね					
	ふくらはぎ					
	足首					
	足/足指					

以下の質問は先週 1 週間の状況に関してのものであることにご注意ください。

痛みが悪化しないように、どの程度御自分の活動を制限していますか

全くしていない 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に制限している

レクリエーションやその他の社会的活動に参加する能力が痛みでどのように変わりましたか

変化なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に変わった

家族と過ごすことの満足感や楽しみが、痛みのためにどのように変わりましたか

変化なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に変わった

一般的に、先週の日常生活に痛みがどの程度の障害になりましたか?

障害なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に障害となった

一般的に、先週の全体的な気分に痛みがどの程度の障害になりましたか?

障害なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に障害となった

一般的に、夜間熟睡するのに痛みがどの程度の障害になりましたか?

障害なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に障害となった

痛みに関する問題に対して何らかの治療を受けていますか?: いいえ はい

3番目に困っている痛みについて:

痛みの場所 (あてはまるものすべてにチェックしてください): 右(R), 正中 (M), 左 (L)		右	正中	左	痛みのタイプ (あてはまるものすべてにチェックして下さい)	痛みの程度と時間的パターン
頭部						
首/肩	喉				侵害性 <input type="checkbox"/> 筋骨格 <input type="checkbox"/> 内臓 <input type="checkbox"/> その他	この 1 週間の平均的疼痛レベル: 0 = 痛みなし ~ 10 = 思い浮かぶ最悪の痛み <input type="checkbox"/> 0; <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> 4; <input type="checkbox"/> 5; <input type="checkbox"/> 6; <input type="checkbox"/> 7; <input type="checkbox"/> 8; <input type="checkbox"/> 9; <input type="checkbox"/> 10
	首					
	肩					
腕/手	上腕				神経因性 <input type="checkbox"/> 脊損レベル <input type="checkbox"/> 脊損レベル以下 <input type="checkbox"/> その他	痛みの出現日: 年 月 日 本日を含めこの 7 日間で痛みがあつた日数 <input type="checkbox"/> 0; <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> 4; <input type="checkbox"/> 5; <input type="checkbox"/> 6; <input type="checkbox"/> 7; <input type="checkbox"/> 不明
	肘					
	前腕					
	手首					
	手/指					
体幹前面/陰部	胸部				□ 不明	通常どのくらい痛みが続きますか: <input type="checkbox"/> 1 分以下; <input type="checkbox"/> 1 分から 1 時間 <input type="checkbox"/> 1 時間から 24 時間 <input type="checkbox"/> 24 時間以上 <input type="checkbox"/> 常時持続している <input type="checkbox"/> 不明
	腹部					
	骨盤/陰部					
背中	背部					
	腰部					
臀部/股関節部	臀部					
	股関節部					
	肛門					
大腿部						
下腿部/足	膝					もっとも痛くなるのはいつ頃ですか: <input type="checkbox"/> 午前中 (06.01-12.00); <input type="checkbox"/> 午後 (12.01-18.00); <input type="checkbox"/> 夜 (18.01-24.00); <input type="checkbox"/> 深夜 (00.01-06.00) <input type="checkbox"/> 予測不能; 痛みはいつ何時ひどくなるかわからない
	すね					
	ふくらはぎ					
	足首					
	足/足指					

以下の質問は先週 1 週間の状況に関してのものであることにご注意ください。

痛みが悪化しないように、どの程度御自分の活動を制限していますか

全くしていない 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に制限している

レクリエーションやその他の社会的活動に参加する能力が痛みでどのように変わりましたか

変化なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に変わった

家族と過ごすことの満足感や楽しみが、痛みのためにどのように変わりましたか

変化なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に変わった

一般的に、先週の日常生活に痛みがどの程度の障害になりましたか?

障害なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に障害となった

一般的に、先週の全体的な気分に痛みがどの程度の障害になりましたか?

障害なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に障害となった

一般的に、夜間熟睡するのに痛みがどの程度の障害になりましたか?

障害なし 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 非常に障害となった

痛みに関する問題に対して何らかの治療を受けていますか?: いいえ はい