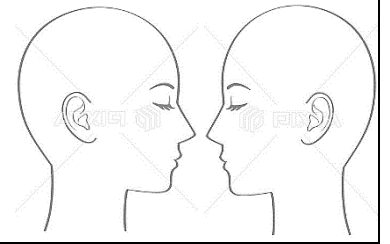


【痛みの問診票】 現在感じている痛みについて詳しくおたずねします。

お名前

日付 202 年 月 日

1. 部位: 痛む場所はどこですか? (右・左)(上・下)  
(・歯、歯肉、舌・あご・頬・顔・顎・こめかみ・頭)  
その他なるべく詳しく:



2. 発現状況: 痛みがはじまるきっかけとなったことがありますか?

特にない・硬いものを食べた・ぶつけた・歯科治療のあと・多忙であった・ストレスが多かった  
その他なるべく詳しく:

あなたは何が原因だと思っていますか? \_\_\_\_\_

3. 経過: 今までたどった経過は、痛み始めてからどれくらいですか?

症状が出てから 日、 週間、 ヶ月、 年くらい経過 これまでどの様な治療を受けましたか  
かみ合わせ調整、マウスピース、かぶせ直し、歯根の治療、抜歯、ブロック、薬、ボトックス注射、鍼灸マッサージ  
何カ所の歯科、医院、病院、大学を受診しましたか、最初から順に、治療内容もお書きください。

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

今まで受けた治療に不安、不満、後悔、怒りなどありますか、具体的にお書きください \_\_\_\_\_

どのような検査、治療を希望していますか \_\_\_\_\_

4. 痛みの質: どのような種類の痛みですか? ドクンドクン脈打つ・ズキンー・ズキズキ・ジーン  
チクチク・突き刺される感じ・ギクッと走るような・電気が走るような・焼け付くような・ジリジリ・ヒリヒリ・ピリピリ  
にぶい・しめ付けられる・重苦しいような・くい込むような・うずくような・割れるような・うんざりするような  
気分が悪くなるような・恐ろしくなるような・耐え難い・身の置き所のない痛み

感じるままに、なるべく具体的に書いてください: \_\_\_\_\_

5. 痛みの強さはどのくらいですか? 弱い・中程度・強い・激痛 **必ず測ってください** VAS \_\_\_\_\_ mm

(気になる程度・仕事をするのに支障がある・仕事ができない)

(食べている間は気にならない・痛い食べられる・痛くて食べられない)

今の痛み 10 段階で表すと、どれくらい 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10

6. 頻度:痛みはどのくらいの回数起こりますか?

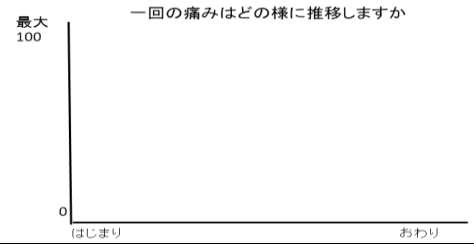
1分に 回、1時間に 回、1日 回、1週間に 回、1ヶ月に 回、ずっと持続している  
なるべく詳しく:

7. 持続時間:1回の痛みはどのくらい続きますか?

一回の痛みが 秒、分、時間、日間

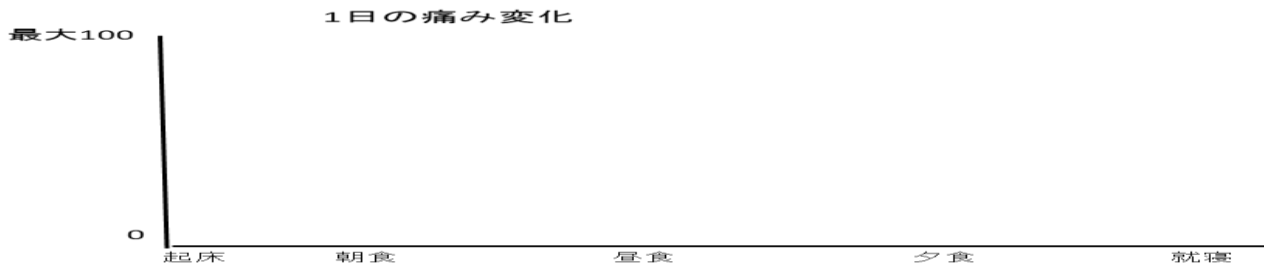
ずっと持続している

なるべく詳しく:



8. 時間的特徴:痛みの発症、変化に時間的特徴はありますか? なるべく詳しく:

起床時(軽い・強い) 午前(軽い・強い) 午後(軽い・強い) 夕方(軽い・強い) 就寝前(軽い・強い)



9. 発症、増悪因子:痛みを生じさせたり、悪化させる原因はありますか? さわると痛い・お化粧、ひげそり  
食事(食べ始め、途中、食べた後)・熱いお茶・冷たいもの・運動・工作中・緊張・ストレス・入浴・就寝中  
もっと詳しく:

10. 緩和因子:痛みを軽くできることはありますか? 冷やす・温める・入浴・安静・寝る・マッサージ  
なるべく詳しく:

・鎮痛薬の内服 名前 (効く、効かない) (効く、効かない)

11. 随伴症状:痛いときに、一緒に生じる症状はありますか?

・頭痛・肩こり・めまい・胸苦しさ・気分が悪くなる、吐き気、嘔吐

・目がチカチカ・涙がでる・まぶたが腫れぼったい、垂れる・鼻づまり、鼻水が出る・耳詰まり・唾液が出る

なるべく詳しく

12. 疼痛時行動:痛い時に決まってする行動はありますか?

・静かにしている・横になる・動かない・痛いところをさする、押す、マッサージ・じっとしてられない

・気分が落ち込んでしまう・動く気にならない・しゃべる気にもならない

なるべく詳しく:

その他、気になること、質問したいことなどありましたら何でも記入してください