

【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・頸・こめかみ・頭)

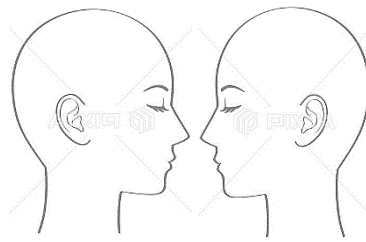
身体の痛みは裏に記入してください

その他なるべく詳しく:

右



左



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

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きますか?

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?

ずっと持続している

一回の痛みが 秒、 分、 時間、 日間

なるべく詳しく:

最大

強さ

0 はじまり

おわり

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:

一日通してほぼ一定、一日の中で波がある

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 ・仕事中・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？

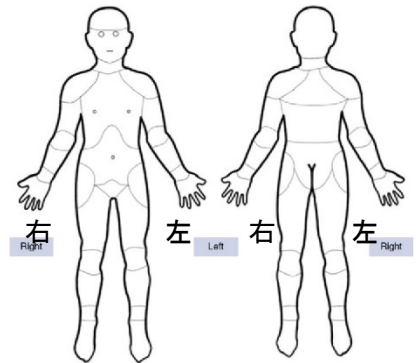
今現在、これまでに痛かったところ

・頭痛 ・肩こり ・めまい ・胸苦しさ ・気分が悪くなる、吐き気、嘔吐
・目チカチカ ・涙がでる ・まぶたが腫れぼったい、垂れる ・目の充血、
鼻づまり、鼻水 ・耳詰まり ・唾液が出る 、空あくび

なるべく詳しく

今現在、これまでに罹った病気:

顎関節症、慢性緊張型頭痛、 慢性片頭痛、 慢性腰痛、
線維筋痛症、 筋痛性脳脊髄炎/慢性疲労症候群、 過敏性腸症候群、
泌尿器系慢性骨盤痛症候群、子宮内膜症、 外陰部痛



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:

13. 睡眠状況:入眠困難 途中覚醒 再入眠困難 熟睡出来ない 悪夢 早朝覚醒 起床疲労感
睡眠導入剤の服用 有 無 服用薬物名

14. 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、内服薬、ボトックス注射、鍼灸マッサージ、その他

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 _____

15. 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