

疼痛の評価シート

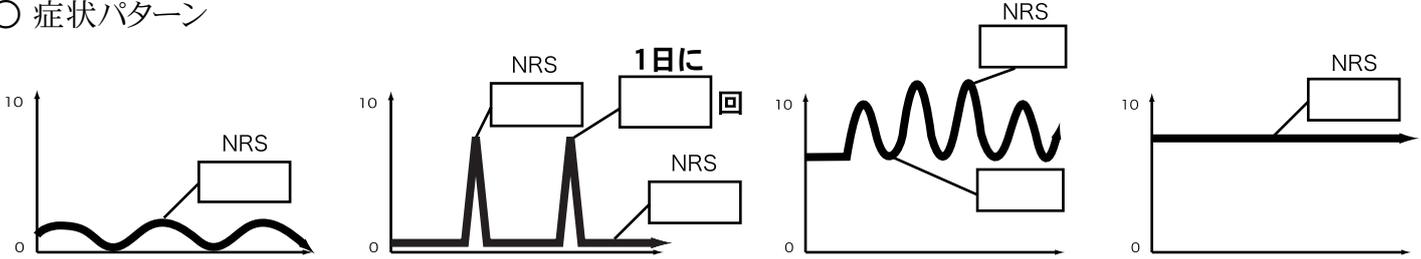
氏名 _____ ID _____

記入日 _____ 年 月 日
記入者 (_____)

○ STAS-J

- 0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: 時に悪い日もあり日常生活に支障をきたす 3: しばしばひどい症状があり日常生活に著しく支障をきたす 4: ひどい症状が持続的にある

○ 症状パターン



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、1日の間に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

○ 生活への影響

疼痛が原因で

- 睡眠 1. よく眠れる
 2. 時々起きるがだいたい眠れる
 3. 眠れない

○ 部位

- (_____)
1. 以前からの部位 2. 新しい部位

○ 性状

1. びりびり電気が走る、しびれる、じんじんする
2. ズキッとする
3. ズーンと重い
4. その他の表現 (_____)

○ 増悪因子

1. 定期薬内服前
2. 夜間
3. 体動
4. 食事(前・後)
5. 排尿・排便
6. その他
(_____)

○ 軽快因子

1. 安静
2. 保温/温罨
3. 冷却
4. マッサージ
5. その他
(_____)

○ 総合評価

○ 治療の反応

● 定期薬剤

1. なし
あり — 2. オピオイド (_____)
 3. NSAIDs (_____)

○ 副作用

- ・眠気 1. なし
 2. あり(快)
 3. あり(不快)
・見当識障害 1. なし 2. あり
・便秘 1. なし 2. あり
・嘔気 1. なし
 2. あり(経口摂取可能)
 3. あり(経口摂取不可能)

● 頓用薬(レスキュー)使用

1. なし
あり — 2. オピオイド (_____)

○ 効果 (_____) 回/日

1. 完全によくなった ◎
2. だいたいよくなった ○
3. 少しよくなった △
4. かわらない ×

○ 副作用

- ・眠気 1. なし
 2. あり(快)
 3. あり(不快)
・嘔気 1. なし
 2. あり(経口摂取可能)
 3. あり(経口摂取不可能)

3. NSAIDs (_____)

○ 効果 (_____) 回/日

1. 完全によくなった ◎
2. だいたいよくなった ○
3. 少しよくなった △
4. かわらない ×