

# 疼痛チェックリスト

施設名 \_\_\_\_\_ 評価者 \_\_\_\_\_

診断 \_\_\_\_\_ 評価日 \_\_\_\_\_

患者イニシャル名（名、姓） \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

原因 \_\_\_\_\_

- 鈍的損傷（骨折なし、皮膚裂傷なし）       骨折       その他  
 手術       裂傷（皮膚裂傷伴う）

受傷日 \_\_\_\_\_ 症状出現日 \_\_\_\_\_

部位（左右）       右       左       両側       左右の区別のない場所

部位（上肢、下肢など）       上肢       下肢       その他（ \_\_\_\_\_ ）

現在の痛み \_\_\_\_\_ /10      最近一週間で最大の痛み \_\_\_\_\_ /10

## 症状（患者が現在ないし経過中にあったと述べた事柄）

- 原因となる侵害事象か不動化       あり       なし  
持続性ないしは不釣り合いな痛み       あり       なし  
しびれたような針で刺すような痛み（患者が自発的に述べる）       あり       なし  
知覚過敏あるいは知覚低下       なし       過敏       低下       両方  
皮膚温の左右差       あり       なし  
皮膚色の非対称       あり       なし  
発汗の左右差       あり       なし  
浮腫       あり       なし

萎縮性変化      皮膚       あり       なし      毛       あり       なし      爪       あり       なし

運動傷害       あり       なし

筋力低下       あり       なし      振戦       あり       なし

ジストニー（不自然な肢位での強直）       あり       なし

その他 \_\_\_\_\_

関節可動域制限       あり       なし

その他の症状 \_\_\_\_\_

## 徴候（評価者が評価日に観察した事柄）

知覚過敏（ピンプリック） あり なし 痛覚低下（ピンプリック） あり なし

allodynia

allodynia（触刺激） あり なし allodynia（冷刺激） あり なし

allodynia（振動刺激） あり なし

知覚低下 あり なし 知覚脱失 あり なし

発汗の左右差（徴候） 亢進 低下 左右差なし

皮膚温の左右差（徴候） 患側高値(1.1度以上) 患側低値(1.1度以上) 左右差なし(1度以下)

皮膚温の左右差（徴候、患側低値の場合マイナスで記入） \_\_\_\_\_ 室温 \_\_\_\_\_ °C

浮腫 あり なし 健側 \_\_\_\_\_ cm 患側 \_\_\_\_\_ cm

皮膚色の左右差 なし 赤 青白 紫斑 瘢痕による変化

萎縮性変化 皮膚 あり なし 毛 あり なし 爪 あり なし

コメント（萎縮性変化） \_\_\_\_\_

運動傷害

筋力低下 あり なし 振戦 あり なし

ジストニー あり なし

関節可動域制限

能動的関節可動域制限 あり なし

他動的関節可動域制限 あり なし 痛みのため検査不能

運動neglect あり なし

その他 \_\_\_\_\_

恒久的交感神経遮断施行歴 あり なし

## 検査

交感神経遮断の効果 未施行 あり なし 複数行い結果が不一致

施行日

局所麻酔薬による交感神経節ブロックの除痛率 \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

レギチンによる除痛率 \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

神経破壊薬による交感神経節ブロックの除痛率 \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

交感神経切除術の除痛率 \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

筋電図神経伝導速度の異常 あり なし 施行日 \_\_\_\_\_

筋電図神経伝導速度の異常所見 \_\_\_\_\_

レントゲン像上の骨萎縮 あり なし 施行日 \_\_\_\_\_

レントゲン所見

骨シンチの異常 あり なし 施行日 \_\_\_\_\_

骨シンチの異常所見 \_\_\_\_\_

心理活性検査 施行日 \_\_\_\_\_

HAD不安 \_\_\_\_\_ HAD抑うつ \_\_\_\_\_

PDAS \_\_\_\_\_

その他（検査） \_\_\_\_\_

## その他

労働災害 はい いいえ 不明 労働災害休業補償受給歴 はい いいえ 不明

障害者認定 はい いいえ 不明 その他の補償 はい いいえ 不明

訴訟歴 はい いいえ 不明 事故の被害者 はい いいえ 不明

医療事故 はい いいえ 不明

## 現在行っている治療(主に全身投与。神経ブロック以外)

三環系抗鬱薬 アミトリプチリン イミプラミン クロミプラミン ノルトリプチリン ロフェプラミン  
その他( )

四環系抗鬱薬 セチプチリン ミアンセリン その他( )

SSRI フルボキサミン パロキセチン その他( )

SNRI ミルナシプラン その他( )

その他抗鬱薬  ( )

抗痙攣薬 カルバマゼピン クロナゼパム ゾニサミド ニトラゼパム バルプロ酸ナトリウム  
フェニトイン バクロフェン ヒダントイン その他( )

ステロイド あり( )

NSAIDs あり( ) Vitamin C

麻薬 塩酸モルヒネ 硫酸モルヒネ フェンタニル オキシコドン ブプレノルフィン  
リン酸コデイン ペンタゾシン トラマドール その他( )

$\alpha$ -作動薬 デキサメドミジン クロニジン フェントラミン フェノキシベンザミン

チャンネル作動薬 リドカイン メキシレチン ケタミン アマンタジン デキストロメトルファン  
マグネシウム ニフェジピン その他( )

抗不安薬 エチゾラム ヒドロキシジン タンドスピロン アルプラゾラム その他( )

催眠鎮静薬 ベンゾジアゼピン系( ) バルビツール系( ) その他( )

その他 カルシトニン ビスフォスフォネート カプサイシン ノイロトロピン  
その他( )

## 現在行っている治療 (神経ブロックなど)

リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 理学療法	<input type="checkbox"/> 作業療法	<input type="checkbox"/> その他( )	
星状神経節ブロック	<input type="checkbox"/> 局所麻酔薬	<input type="checkbox"/> ステロイド混入	<input type="checkbox"/> 神経破壊薬 切除	<input type="checkbox"/> その他( )
胸部交感神経節ブロック	<input type="checkbox"/> 局所麻酔薬	<input type="checkbox"/> ステロイド混入	<input type="checkbox"/> 神経破壊薬 切除	<input type="checkbox"/> その他( )
腰部交感神経節ブロック	<input type="checkbox"/> 局所麻酔薬	<input type="checkbox"/> ステロイド混入	<input type="checkbox"/> 神経破壊薬 切除	<input type="checkbox"/> その他( )
硬膜外ブロック	<input type="checkbox"/> 局所麻酔薬	<input type="checkbox"/> ステロイド混入	<input type="checkbox"/> 神経破壊薬 切除	<input type="checkbox"/> その他( )
腕神経叢ブロック	<input type="checkbox"/> 局所麻酔薬	<input type="checkbox"/> ステロイド混入	<input type="checkbox"/> 神経破壊薬 切除	<input type="checkbox"/> その他( )
神経根ブロック	<input type="checkbox"/> 局所麻酔薬	<input type="checkbox"/> ステロイド混入	<input type="checkbox"/> 神経破壊薬 切除	<input type="checkbox"/> その他( )
局所静脈内ブロック	<input type="checkbox"/> 局所麻酔薬	<input type="checkbox"/> ステロイド混入	<input type="checkbox"/> 神経破壊薬 切除	<input type="checkbox"/> その他( )
イオントフォレーシス	<input type="checkbox"/> 局所麻酔薬	<input type="checkbox"/> ステロイド混入	<input type="checkbox"/> 神経破壊薬 切除	<input type="checkbox"/> その他( )
トリガーポイントブロック	<input type="checkbox"/> 局所麻酔薬	<input type="checkbox"/> ステロイド混入	<input type="checkbox"/> 神経破壊薬 切除	<input type="checkbox"/> その他( )
その他ブロック	<input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 局所麻酔薬	<input type="checkbox"/> ステロイド混入	<input type="checkbox"/> 神経破壊薬 切除	<input type="checkbox"/> その他( )
電気刺激療法	<input type="checkbox"/> 大脳運動野刺激	<input type="checkbox"/> 脳深部刺激	<input type="checkbox"/> 脊髄刺激	<input type="checkbox"/> 末梢神経刺激 <input type="checkbox"/> その他( )
光線療法	<input type="checkbox"/> He-Neレーザー	<input type="checkbox"/> 半導体レーザー	<input type="checkbox"/> 直線偏光近赤外線	<input type="checkbox"/> その他( )
その他	<input type="checkbox"/> ( )			

チェックリスト記入時に行った治療によって得られた疼痛の減少率 : \_\_\_\_\_ %

その他コメント