

医師用 中枢神経感作の調査

日付 年 月 日

患者イニシャル	
患者ID	
施設名	
担当医師名	
疾患名	

<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	身長	体重
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦	年 月 日生まれ
年齢	歳	
罹病期間	年	
疾患重症度		
既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :	
治療薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> アセトアミノフェン <input type="checkbox"/> トリプタン製剤 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> SSRI <input type="checkbox"/> SNRI <input type="checkbox"/> SARI <input type="checkbox"/> 三環系 <input type="checkbox"/> 四環系 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ドパミン拮抗薬 <input type="checkbox"/> ドパミン受容体作動薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> CZP <input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> ZNS <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> gabapentin enacarbil <input type="checkbox"/> pregabalin <input type="checkbox"/> オピオイド (トラマドール, ترامセット) <input type="checkbox"/> 外科療法 <input type="checkbox"/> その他	
CGI(全般改善度)	<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	
CSI回答時点	著明有効、有効、やや有効、不変、やや悪化、悪化、著明悪化	

コメント(何かありましたら)

質問票

痛みについて調査しています。今後の診療および同領域の研究の発展に必要なものですので、正確に全ての質問にお答えくださいますようお願いいたします。ご回答の内容など個人情報の保護は厳守されます。質問の回答の所要時間は約 20-30 分間です。以下の質問に、最もよくあてはまるものを選んで、にチェックしてください。また[]にはだいたいよいですから該当する数字や回答を記入してください。

*本調査にご協力頂ける場合には、下記のご同意欄へのチェック、ご署名、ご同意いただいた日付をご記載ください。

この研究への参加に同意します

記入日： 年 月 日 署名 _____

年齢： 歳、

性別： 男性、 女性

身長 cm、 体重 kg

今かかっている他の病気はありますか？

はい いいえ

(病名： _____)

今までに、大きな病気やけがはありますか？

はい いいえ

(病名： _____)

教育歴について

最後にでた学校 中学校 高校 短大 専門学校 大学 大学院
(卒業 中退 その他)

小学校入学から最終学歴(卒業または中退)までの年数： 年

職業 会社員 公務員 教職員 サービス業 農業

建設・製造業 金融業 主婦 学生 無職 その他 (_____)

嗜好について

たばこは吸いますか？

喫煙の習慣は全くない

過去吸っていた 1日 () 本、 () 年間

現在も吸っている 1日 () 本、 () 年間

カフェイン(コーヒー・紅茶・日本茶など)は飲みますか？

飲まない

飲む 1日あたり () 杯 1杯 150ml として計算してください

アルコールは飲みますか？

全く飲まない 機会があれば 週 1~2 回 週 3~5 回 週 6~7 回

CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY : PART A

名前: _____ 日付: _____

以下の項目について右側の選択肢のうち、最も当てはまるものに○をつけてください。

- 1.眠りから覚めた時に、疲れていてスッキリしない感じがする
- 2.筋肉に硬さや痛みを感じる
- 3.不安発作がある
- 4.歯を食いしばったり、または歯ぎしりをしたりする
- 5.下痢や便秘の問題を抱えている
- 6.普段の生活での動作を行う上で、助けが必要である
- 7.明るい光に過敏である
- 8.身体を動かすと、すぐに疲れる
- 9.全身のあらゆるところに痛みを感じる
- 10.頭痛がある
- 11.膀胱の不快感と排尿時の灼熱感の両方、またはいずれか一方を感じる
- 12.よく眠れない
- 13.集中することが難しい
- 14.乾燥肌や痒み、発疹などの皮膚の問題がある
- 15.ストレスで身体症状が悪化する
- 16.悲しんだり、または憂鬱な気分になる
- 17.元気が出ない
- 18.首と肩の筋肉が緊張している
- 19.顎に痛みがある
- 20.香水などのある特定の匂いでめまいや吐き気がする
- 21.頻繁に排尿しないといけない
- 22.夜に寝ようとする時、あしに不快感や落ち着かない感じを感じる
- 23.物事を思い出すが難しい
- 24.子供の頃に心的外傷(トラウマ)を経験した
- 25.骨盤周辺に痛みがある

まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも
まったくない	まれにある	ときどき	頻繁に	いつも

CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY : PART B

名前： _____ 日付： _____

医師から下記の疾患の診断を受けたことがありますか？

各診断名の右にある表にチェックをし、診断された年を記入してください。

	いいえ	はい	診断された年
1. むずむず脚症候群			
2. 慢性疲労症候群			
3. 線維筋痛症			
4. 顎関節症			
5. 片頭痛もしくは緊張性頭痛			
6. 過敏性腸症候群			
7. 化学物質過敏症			
8. 頭部外傷(鞭打ちを含む)			
9. 不安発作もしくはパニック発作			
10. うつ病			

こころとからだの質問票 (PHQ-9)

K. Muramatsu, K. Kamijima, H. Miyaoka, Y. Muramatsu, et al.
Psychological Reports, 2007, 101, 952-960.

この2週間、次のような問題に
どのくらい頻繁に悩まされていますか？

		全くない	数日	半分以上	ほとんど毎日
1	物事に対してほとんど興味がない、または楽しめない				
2	気分が落ち込み、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる				
3	寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる				
4	疲れた感じがする、または気力がない				
5	あまり食欲がない、または食べ過ぎる				
6	自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる				
7	新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい				
8	他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいはこれと反対に、そわそわしたり、落ちつかず、ふだんより動き回ることがある				
9	死んだ方がまだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある				

※ 上の1～9の問題によって、仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？
全く困難でない やや困難 困難 極端に困難

評価

1 から 9 にチェックされた数から評価する	
半分以上、ほとんど毎日で5つ以上のチェックがある場合 (そのうちの1つは質問1または2)	大うつ病性障害
半分以上、ほとんど毎日で2～4つのチェックがある場合 (そのうちの1つは質問1または2)	その他のうつ病性障害

- * 9は数日、半分以上、ほとんど毎日のいずれにチェックしても1つと数える
- * 大うつ病性障害、その他のうつ病性障害は、死別にとまなう正常の反応性うつ状態、躁病エピソードの既往、身体疾患、薬物に伴うものを除外して評価する
- * 質問※からおおよその生活機能全般の困難度を評価する