



THE SPINAL CORD INJURY PAIN QUESTIONNAIRE

脊髄損傷による痛みについての質問表

日付: ____ / ____ / ____

個人のデータ:

氏名:	
連絡先:	

脊髄損傷(SCI)の詳細:

脊髄損傷のレベル:		脊髄損傷が発生した日:	____ / ____ / ____
損傷の種類:	<input type="checkbox"/> 完全	AIS # (わかる人のみ) 注: AIS が不明の場合は 空欄にしてください。	<input type="checkbox"/> A
	<input type="checkbox"/> 不完全		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D

(#米国脊髄損傷協会の障害指数である AIS は、感覚と運動の損傷の度合いを、脊髄損傷の神経学的分類の国際基準に基づき定めたものです)

健康に関する質問:

以下の表で、現在のあなたの痛み当てはまるものにチェックして下さい。:

<input type="checkbox"/> 今回の痛みは、初めて経験する (初めての部位の痛み、または今までにない特徴がある痛み)
<input type="checkbox"/> 今回の痛みは、今までの痛みが急激に再燃 (または悪化) したものだ
<input type="checkbox"/> 最近、感覚の度合いが変わった
<input type="checkbox"/> 最近、筋力や筋肉の機能が衰えた
<input type="checkbox"/> 熱があった・悪寒がした
<input type="checkbox"/> 吐き気を感じた、食欲が落ちた、または体重が減った
<input type="checkbox"/> 痛みのせいで自律神経反射異常の症状 (訳者注: 異常な高血圧) が出た
<input type="checkbox"/> 最近、膀胱機能が変わったことに気付いた (膀胱感染症、尿もれ、排尿困難などの症状を含む)
<input type="checkbox"/> 最近、排便機能が変わったことに気付いた (便秘、無意識の排便、腹痛、腹部膨満、直腸出血などを含む)
<input type="checkbox"/> 現在、皮膚に損傷がある
<input type="checkbox"/> 最近、転倒した、または怪我をした
<input type="checkbox"/> 最近、筋けいれんが増えた

チェックした項目については、かかりつけの医師または専門家にお早めにご相談下さい

1. 今日を含め過去 7 日間に何らかの痛みを感じましたか？ *	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. 先週、痛みにより日々の活動に大体どの程度支障が出ましたか？ *	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=支障なし、10=大いに支障あり)
3. 先週、全般的な気分は痛みにより大体どの程度害されましたか？ *	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=支障なし、10=大いに支障あり)
4. 夜間の睡眠は痛みにより大体どの程度妨げられましたか？ *	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=支障なし、10=大いに支障あり)
6. 過去 1 週間における痛みの強さの平均は？	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=痛みなし、10=想像しうる最悪の痛み)
5. 痛みの問題をいくつ抱えていますか？*	1 2 3 4 5以上

一番痛いときのことを教えてください。：

6. 痛みの部位は？	_____
7. 痛みは、あなたの SCI（脊髄損傷）レベルの上にありますか、下にありますか？**	<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下
8. 痛みは、感覚が低下した部位にありますか？**	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9. 痛み始めたのはいつですか？（発症日*）	____/____/____
10. 痛みの原因となる出来事がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 詳細:_____
11. あなたの痛みを表す言葉はどれです？ ** (当てはまるもの全てにチェック)	<input type="checkbox"/> うずく <input type="checkbox"/> 灼けるような <input type="checkbox"/> 鈍痛 <input type="checkbox"/> 氷のように冷たい <input type="checkbox"/> けいれんするよう <input type="checkbox"/> 電気がはしるような <input type="checkbox"/> 圧痛 <input type="checkbox"/> 刺し込み、 <input type="checkbox"/> 締めつけられる <input type="checkbox"/> チクチク、 <input type="checkbox"/> 鋭い <input type="checkbox"/> その他_____
12. 一日のうちで痛みはどのように変化しますか？	

*Questions from the International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set: Version 2 (Widerstrom-Noga et al 2014)

** Questions to help identify SCI Pain Type - International Spinal Cord Injury Pain Classification (Bryce et al 2012)

13. 何が痛みを悪化させますか? **	<input type="checkbox"/> 身体の手入れ <input type="checkbox"/> 動作（移動） <input type="checkbox"/> 動作（車椅子） <input type="checkbox"/> 動作（歩行） <input type="checkbox"/> 運動/レクリエーション/スポーツ <input type="checkbox"/> 痙縮 <input type="checkbox"/> その他: _____ <input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 膀胱感染 <input type="checkbox"/> その他: _____			
14. 何が痛みを緩和させますか? **	<input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> 姿勢/姿勢の変更 <input type="checkbox"/> 活動のペーシング <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 気晴らし <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> _____			
15. 痛み止めとして使う薬は何ですか?				
薬	服用量	用法	効きますか?	副作用
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
16. 痛みの治療を受けていますか。または痛みを止めるため何か使用していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
17. 治療の詳細				
<p>Questions marked with * are from the following source: Widerstrom-Noga, E., Biering-Sorensen, F., Bryce, T.N., Cardenas, D.D., Finnerup, N.B., Jensen, M.P., Richards, J.S., Siddall, P. (2014) International Spinal Cord Injury Pain Basic Dataset (version 2.0), Spinal Cord, 52, pp. 282-286</p> <p>Questions marked with ** reflect information needed to classify SCI pain type based on the following source: Bryce, T.N., BieringSorensen, F., Finnerup, N.B., Cardenas, D.D., Defrin, R., Lundeborg, T., Norrbrink, C., Richards, J.S., Siddall, P., Stripling, T., Treede, R.D., Waxman, S.G., Widerstrom-Noga, E., Yeziarski, R.P., Dijkers, M (2012) The International Spinal Cord Injury Pain Classification: part 1 Background and description, Spinal Cord, 50, pp.413-41</p>				

複数の痛みがある場合、2番目、3番目に大きな痛みについては、質問表の追加ページをダウンロードしてそれぞれご記入下さい。

2 番目の大きな痛みについて、詳しく教えてください。：

痛みの部位は？	_____	
痛みは、あなたの SCI（脊髄損傷）レベルの上にありますか、下にありますか？**	<input type="checkbox"/> 上	<input type="checkbox"/> 下
痛みは、感覚が低下した部位にありますか？**	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
痛み始めたのはいつですか？（発症日*）	____/____/____	
痛みの原因となる出来事がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	詳細:_____	
あなたの痛みを表す言葉はどれです？ ** (当てはまるもの全てにチェック)	<input type="checkbox"/> うずく <input type="checkbox"/> 灼けるような <input type="checkbox"/> 鈍痛 <input type="checkbox"/> 氷のように冷たい <input type="checkbox"/> けいれんするような <input type="checkbox"/> 電気がはしるような <input type="checkbox"/> 圧痛 <input type="checkbox"/> 刺し込み、 <input type="checkbox"/> 締めつけられる <input type="checkbox"/> チクチク、 <input type="checkbox"/> 鋭い <input type="checkbox"/> その他_____	
一日のうちで痛みはどのように変化しますか？		
何が痛みを悪化させますか？ **	<input type="checkbox"/> 身体の手入れ <input type="checkbox"/> 動作（移動） <input type="checkbox"/> 動作（車椅子） <input type="checkbox"/> 動作（歩行） <input type="checkbox"/> 運動/レクリエーション/スポーツ <input type="checkbox"/> 痙縮 <input type="checkbox"/> その他: _____	<input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 膀胱感染 <input type="checkbox"/> その他: _____
何が痛みを緩和させますか？ **	<input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> 姿勢/姿勢の変更 <input type="checkbox"/> 活動のペーシング <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 気晴らし <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> _____
どんな薬や治療法を行っていますか？		

3番目の大きな痛みについて、詳しく教えてください。:

痛みの部位は？	_____	
痛みは、あなたのSCI（脊髄損傷）レベルの上にありますか、下にありますか？**	<input type="checkbox"/> 上	<input type="checkbox"/> 下
痛みは、感覚が低下した部位にありますか？**	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
痛み始めたのはいつですか？（発症日*）	____/____/____	
痛みの原因となる出来事がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	詳細:_____	
あなたの痛みを表す言葉はどれです？ ** (当てはまるもの全てにチェック)	<input type="checkbox"/> うずく <input type="checkbox"/> 灼けるような <input type="checkbox"/> 鈍痛 <input type="checkbox"/> 氷のように冷たい <input type="checkbox"/> けいれんするような <input type="checkbox"/> 電気がはしるような <input type="checkbox"/> 圧痛 <input type="checkbox"/> 刺し込み、 <input type="checkbox"/> 締めつけられる <input type="checkbox"/> チクチク、 <input type="checkbox"/> 鋭い <input type="checkbox"/> その他_____	
一日のうちで痛みはどのように変化しますか？		
何が痛みを悪化させますか？ **	<input type="checkbox"/> 身体の手入れ <input type="checkbox"/> 動作（移動） <input type="checkbox"/> 動作（車椅子） <input type="checkbox"/> 動作（歩行） <input type="checkbox"/> 運動/レクリエーション/スポーツ <input type="checkbox"/> 痙縮 <input type="checkbox"/> その他: _____	<input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 膀胱感染 <input type="checkbox"/> その他: _____
何が痛みを緩和させますか？ **	<input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> 姿勢/姿勢の変更 <input type="checkbox"/> 活動のペースング <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 気晴らし <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> _____
どんな薬や治療法を行っていますか？		

これは、オーストラリアニューサウスウェールズ州保健省臨床革新庁が公開している Web サイト:Pain Management Network 内の資料を日本語に翻訳したものです。この資料の著作権は原作者にあります。

《元の URL》 http://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/242787/SCI_Pain_Questionnaire.pdf

日本語版公開にあたり、ご厚意により公開をご許可いただいたニューサウスウェールズ州保健省臨床革新庁の皆様にご心より感謝いたします。

日本語翻訳企画作成： ぐっどばいペイン <http://goodbye-pain.com/>

翻訳協力： 西江宏行（川崎医科大学病院講師）

監 修： 牛田享宏（愛知医科大学学際的痛みセンター教授）

福井 聖（滋賀医科大学医学部附属病院教授）

篠川美希（東京大学医学部麻酔学教室・附属病院麻酔科・痛みセンター助教）