

機能評価指数

痛みと機能障害に関するアンケート。痛みが日常活動にどのように影響するかを評価します

クライアント情報

名前 *

姓 *

メールアドレス *

電話番号 *

生年月日 *

YYYY年MM月DD日

説明

機能評価指数

以下の日常活動に対して、あなたの痛みがどの程度支障をきたしているかを評価してください。各活動について、あなたの現在の機能レベルを最もよく説明する選択肢を選んでください。

痛みの強さ

全体的な痛みの強さを評価してください *

- | | |
|---|---|
| ☐ 痛みがない | ☐ 軽い — 時々、薬は不要 |
| ☐ 中程度 — 頻繁、時々薬が必要 | ☐ 強い — 頻繁、定期的に薬が必要 |
| ☐ 非常に強い — 絶え間ない、薬の効果は限定的 | |

睡眠

痛みはあなたの睡眠にどの程度支障をきたしていますか？ *

- | | |
|---|--|
| ☐ 睡眠に困難がない | ☐ 軽い困難、時々睡眠を失う |
| ☐ 中程度の困難、睡眠が頻繁に中断される | ☐ 大きな困難、夜間の睡眠が4時間未満 |
| ☐ 痛みのため全く眠れない | |

身辺自立

痛みは身辺自立（洗顔、着替え）にどの程度支障をきたしていますか？ *

- | | |
|---|---|
| ☐ 身辺自立に困難がない | ☐ 軽い困難、独立して対応できる |
| ☐ 中程度の困難、ゆっくり慎重に作業する | ☐ 日常的な身辺自立に支援が必要 |
| ☐ 身辺自立は完全に他者に依存している | |

移動と交通

痛みは移動（運転、旅行）にどの程度支障をきたしていますか？ *

- ☐ 移動に困難がない ☐ 長い移動中にわずかな不快感
☐ 中程度の困難、移動は短距離に限定される ☐ 相当な痛みを伴って短距離のみ移動可能
☐ 痛みのため移動ができない

仕事と日常活動

痛みはあなたの仕事や日常活動にどの程度支障をきたしていますか？ *

- ☐ 仕事/活動に支障がない ☐ 通常の仕事はできるが追加の痛みがある
☐ ほとんどの仕事はできるが、より重い作業は制限される ☐ 軽い作業のみ実施可能
☐ 仕事や日常活動ができない

娯楽と社会活動

痛みは娯楽と社会活動にどの程度支障をきたしていますか？ *

- ☐ 支障がない ☐ より活発な活動に軽い制限
☐ 中程度の制限、いくつかの活動はできる ☐ 大きな制限、可能な活動は非常に少ない
☐ 娯楽活動に参加できない

持ち上げと前かがみ

痛みは持ち上げと前かがみにどの程度支障をきたしていますか？ *

- ☐ 追加の痛みなく持ち上げと前かがみができる ☐ 追加の痛みはあるが持ち上げと前かがみができる
☐ 床から重い物を持ち上げることは痛みで不可能 ☐ 軽い物以外は持ち上げることが痛みで不可能
☐ 全く持ち上げと前かがみができない

追加コメント

痛みがあなたの日常生活にどのように影響しているか、あなたの医療提供者に知っていただきたいことがあればお聞かせください

同意と署名

上記の回答は、私の現在の痛みレベルと機能障害を正確に反映していることを確認します。

上記の情報を読んで理解したこと、およびインフォームド・コンセントを与えることを確認します。

上記の情報を読んで理解しました: _____

署名

日付

名前を記入

日付 *

YYYY年MM月DD日

このフォームはConsentifyから無料で提供されています

Consentifyはこのようなフォームをデジタル同意書に変換し、クライアントがQRコードで自分のスマートフォンから署名できるようにします。自動PDF生成、禁忌フラグ、暗号化されたストレージが含まれます。無料プランは <https://getconsentify.com> から利用可能です。

テンプレートのみ。使用前に、ご自身の所属する専門家または法務顧問に確認してください。要件は管轄区域および実践内容によって異なります。