

功能评定指数

疼痛和功能障碍问卷，用于评估疼痛如何影响日常活动

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

说明

功能评定指数

请评估你的疼痛对以下日常活动的影响程度。选择最能描述你目前对每项活动的功能水平的选项。

疼痛强度

评估你的总体疼痛强度 *

☐ 无疼痛

☐ 轻微——偶发性，无需药物治疗

☐ 中等——频繁，需要偶尔用药

☐ 严重——频繁，需要定期用药

☐ 非常严重——持续，药物缓解作用有限

睡眠

疼痛对你睡眠的影响程度如何？ *

☐ 睡眠无困难

☐ 轻微困难，偶尔失眠

☐ 中等困难，睡眠经常被干扰

☐ 严重困难，每晚睡眠少于4小时

☐ 由于疼痛完全无法睡眠

个人护理

疼痛对个人护理（洗漱、更衣）的影响程度如何？ *

☐ 个人护理无困难

☐ 轻微困难，可以独立完成

☐ 中等困难，任务进行缓慢且谨慎

☐ 日常护理需要一些帮助

☐ 个人护理完全依赖他人

旅行和交通

疼痛对旅行（驾驶、出行）的影响程度如何？ *

☐ 旅行无困难

☐ 较长旅程中有轻微不适

☐ 中等困难，旅行仅限于较短距离

☐ 仅能在明显疼痛下进行短距离旅行

☐ 由于疼痛无法旅行

工作和日常活动

疼痛对你的工作或日常活动的影响程度如何？ *

- ☐ 对工作/活动无影响 ☐ 可以进行常规工作但有额外疼痛
☐ 可以完成大部分工作，但在较重任务中受限 ☐ 仅能执行轻任务
☐ 无法工作或进行日常活动

娱乐和社交活动

疼痛对娱乐和社交活动的影响程度如何？ *

- ☐ 无影响 ☐ 对更剧烈活动的轻微限制 ☐ 中等限制，可进行某些活动
☐ 严重限制，可能的活动很少 ☐ 无法参与任何娱乐活动

抬起和弯腰

疼痛对抬起或弯腰的影响程度如何？ *

- ☐ 可以抬起和弯腰而无额外疼痛 ☐ 可以抬起和弯腰但有一些额外疼痛 ☐ 疼痛阻止从地面抬起重物
☐ 疼痛阻止抬起除轻物外的任何物品 ☐ 完全无法抬起或弯腰

附加评论

疼痛如何影响你的日常生活，你还有其他想让你的医疗提供者了解的吗？

同意和签名

我确认上述回答准确反映了我目前的疼痛水平和功能限制。

我确认我已阅读并理解上述信息，并给予知情同意。

我已读并理解上
述信息： _____

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。