

< 初 回 調 査 用 紙 >

調査開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

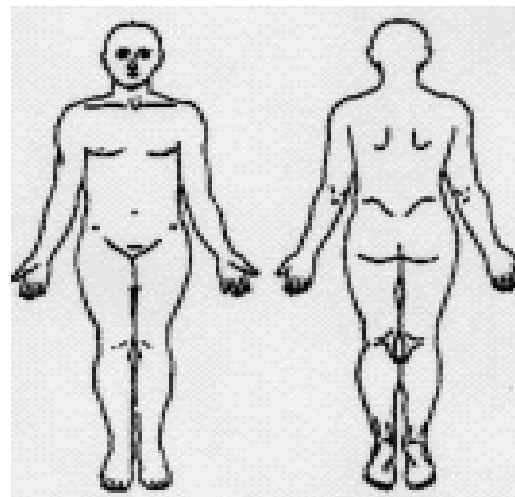
《 痛 み の 評 価 ノ ー ト 》

_____ 様

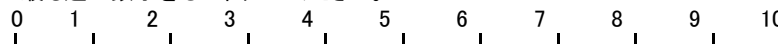
(ID番号 _____)



1) 下記の身体図に、あなたの痛みの範囲を斜線で示し、最もいたむ所に×をつけてください。



2) この24時間以内にあなたが感じた痛みは平均するとどの位でしたか？
最も近い数字を○で囲んでください。



0. 痛みが全くない

5. 中程度の痛みがありづらい

10. これ以上考えられないほど強い痛みがある