

DN4 記録シート (印刷用)

神経障害性疼痛スクリーニング用 / 記録欄のみ

評価日 _____	評価者 _____	診療科・病棟/施設 _____	場面 (リハ前/リハ後など) _____
--------------	--------------	--------------------	-------------------------

DN4 合計点 (__/10) _____	判定 (施設ルール) <input type="checkbox"/> 4 点以上 (疑い高) <input type="checkbox"/> 4 点未満 (経過観察/再評価)
---------------------------	---

痛み分布 (ボディマップ記入) _____ _____ _____ _____	簡易感覚所見 (左右差を明記) 触覚： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 過敏 ピン刺激： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 過敏 軽擦： <input type="checkbox"/> 増悪あり <input type="checkbox"/> 増悪なし 備考：_____
---	--

増悪 / 寛解パターン (動作・姿勢・時間・温冷など) _____ _____ _____
--

次アクション (次回までに確認することを1つ) _____ _____	医師共有 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 共有内容： _____
---	---