

患者情報

患者 ID	評価日
評価者	場所
疼痛部位 (任意)	備考 (任意)

評価前に固定する 6 点セット (再評価の再現性)

固定項目	チェック (□→✓)	メモ
評価期間 (過去 1 週間)	<input type="checkbox"/>	
回答方法 (自己記入/面接補助)	<input type="checkbox"/>	
疼痛の主部位・主訴	<input type="checkbox"/>	
治療介入の変更 (薬・注射など)	<input type="checkbox"/>	
活動量の変化 (仕事・家事・運動)	<input type="checkbox"/>	
特別な出来事 (旅行・急性増悪など)	<input type="checkbox"/>	

採点記録 (20 項目: 設問文は別紙を参照)

合計 (Total)	0-60	<input type="text"/>
------------	------	----------------------

No.	スコア (0-3)	根拠メモ (短文)
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		

No.	スコア (0-3)	根拠メモ (短文)
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

再評価メモ (イベント・条件差・介入更新など)
