

患者フォローアップシート 患者氏名: _____

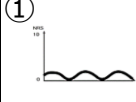

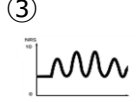
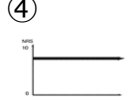
＜選択基準＞（記入日： / / ）	
慢性疼痛を診断・治療している医師（ペインクリニックや整形外科の医師など）により慢性疼痛と診断された	はい・いいえ
年齢が18歳以上	はい・いいえ
これまでの標準治療で慢性疼痛緩和効果が認められなかった、またはなんらかの理由により標準的な治療をおこなうことが適切ではない	はい・いいえ
文書でインフォームドコンセントをおこなう能力と意思がある	はい・いいえ
問診、検査等により、医師が適切と判断した	はい・いいえ

＜除外基準＞（記入日： / / ）	
心因性疼痛である（Zung うつ病自己評価尺度50点以上）	はい・いいえ
悪性新生物を有している	はい・いいえ
未治療の活動性の感染症を有する	はい・いいえ
妊娠または妊娠の可能性がある	はい・いいえ
授乳中	はい・いいえ
その他、医師が不相当と判断した	はい・いいえ

＜感染症検査＞（検査日： / / ）		（備考）
梅毒	あり・なし	
HBV	あり・なし	
HCV	あり・なし	
HIV	あり・なし	
HTLV-I	あり・なし	

痛みについてのフォローアップ				
	幹細胞 投与前	幹細胞投与後		
		3カ月	6カ月	12カ月
(記載日→)	/ /	/ /	/ /	/ /

＜痛みの強さ＞					
現在の痛みの強さ	VAS				
	NRS				
	FRS				
過去4週間で最も激しい 痛みの強さ	VAS				
	NRS				
	FRS				
過去4週間の痛みの強さの平均	VAS				
	NRS				
	FRS				

	幹細胞 投与前	幹細胞投与後		
		3カ月	6カ月	12カ月
(記載日→)	/ /	/ /	/ /	/ /
<痛みの部位>				
(部位の名前を記載)				
<痛みのパターン>				
①  ②  ③  ④ 				
<痛みの性質> (短縮版マギル疼痛質問票 : SF-MPQ-2)				
1 持続的な痛みの合計 (No. 1, 5, 6, 8, 9, 10の6項目)				
2 間欠的な痛みの合計 (No. 2, 3, 4, 11, 16, 18の6項目)				
3 神経障害性の痛みの合計 (No. 7, 17, 19, 20, 21, 22の6項目)				
4 感情的表現の合計 (No. 12, 13, 14, 15の4項目)				
5 すべての痛み表現の合計 (No. 1~22の項目)				
<痛みによる機能障害の評価> (疼痛生活障害評価尺度 : PDAS)				
合計				
<心の状態について> (Zung うつ病自己評価尺度 : SDS)				
合計	初回のみ実施			
(~ 49) : 正常範囲				
(50 ~ 59) : 軽度のうつ状態				
(60 ~ 69) : 中等~高度のうつ状態				
(70 ~) : 極度のうつ状態				
<その他の所見>				
視診、触診等				