

疼痛评估 问答

客户个人资料

姓名：

出生日期：

性别：男 / 女

日间联络号码：（ ）

手机号码：

电邮：



同意书与免责声明：

签署这份同意书，既表示同意接受以下条款与条件：

1. 此次会诊过程经设计以协助评估您现在经历的症状，并且为您建议循证据为基础的治疗策略，让您得以减轻及管理持续性疼痛。
2. 您在此次会诊过程所提供的所有资料皆属实，并用来决定药剂师会向您建议的治疗策略与方案，以改善您的健康与健康养生保健。
3. 药剂师所提供的任何结果或建议，皆不作为任何健康问题与状况的诊断，无法取代医生或内科医生的医疗程序或健康检查程序。
4. 在决定采用任何医疗或健康疗法，或服用任何药物或补给品之前，请咨询医护人员，并且细读内容详情。若出现疾病或症状持续的情形，您则应该咨询专业医护人员寻求建议。
5. 您在诊所看诊时所透露的信息，一律根据「药房」的隐私条例予以保密。

客户签名： _____ **日期：** _____

药剂师姓名： _____

药剂师签名： _____ **日期：** _____

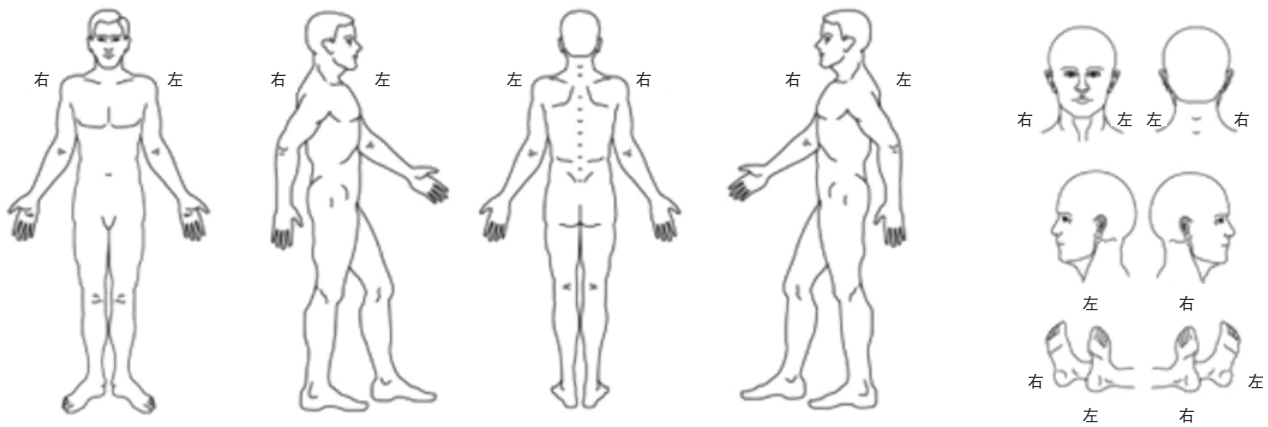
关于您的疼痛状况

请描述您的疼痛症状：

疼痛类别	经历此疼痛已有多久？

哪个部位觉得疼痛？)

请于以下示意图当中，圈选或涂黑疼痛部位



疼痛持续数日，或一天中多数时候感到疼痛？(请圈选)

是 否 若否，疼痛多久出现一次？ _____

疼痛何时出现？ (可复选)

- a. 早上
- b. 下午
- c. 傍晚
- d. 半夜

您的疼痛状况为何？(可复选)

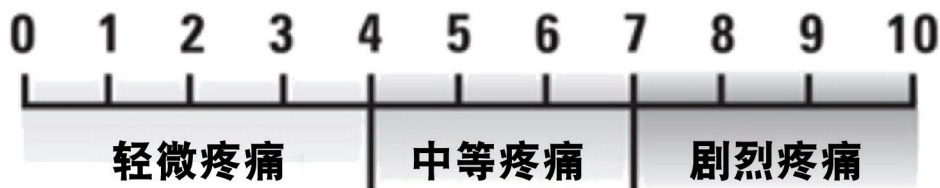
请 **圈** 出您的疼痛状况

- | | | | |
|-----|-------|------|------|
| 酸痛 | 灼热痛 | 寒性疼痛 | 抽筋痉挛 |
| 压迫痛 | 深部疼痛 | 隐隐作痛 | 烧痛 |
| 痕痒 | 麻痹 | 恶心 | 锐痛 |
| 击痛 | 扩散性疼痛 | 节奏阵痛 | 刺痛 |

其他状况之描述： _____

平均来说，您如何界定您的疼痛强度？

以下数值表当中，请圈选最能准确代表您的疼痛强度的数字



什么会导致疼痛或让疼痛加剧？请描述：

以下描述中，请圈选一个选项以代表您目前的状况：

痛楚影响了我的睡眠品质

同意 不同意

痛楚影响了我的人际关系，包括与朋友、家人、伴侣之间的关系

同意 不同意

痛楚影响了我处理日常生活的能力，例如无法工作、做家务、旅游

同意 不同意

痛楚影响了我参与体育或休闲活动的的能力

同意 不同意

痛楚让我觉得人生无法乐在其中

同意 不同意

您的痛楚可有影响其他日常生活的细节？

您如何减轻疼痛？

过去六个月以来，您可有固定约见以下的专业医护人员？

☑ 家庭医生或专科医生

☑ 物理治疗师

☑ 营养师

☑ 心理治疗师

替代治疗师，例如：自然治疗师、中医师、脊骨神经医师、针疗医师、按摩治疗师。

或者其他（请列明）： _____

您目前服用哪些药物、维他命丸、保健品？

(药剂师或医生若有您过去的药物清单及诊断历史，可一并呈交)

药物、维他命丸、补给品之名称	剂量与次数
例如： 普拿疼 500 毫克 各式维他命	例如： 感到疼痛时，一服用天四次，每次两颗 每天早上一颗

药剂师建议：

☞ 药包

☞ 戒烟后续咨询

☞ 体重管理后续咨询

☞ 推荐医生

☞ 推荐其他专业医疗人员： _____

☞ 短期镇痛方案（仅限三至五天）

若您认为上述建议无法让您于三至五天之内有效减轻痛楚，请咨询您的家庭医生，以检视用药及治疗方法。

☞ 支援产品：
