



Title	「しびれ」の質問票（試作版）
Author(s)	山本， 暁大； 細見， 晃一； 貴島， 晴彦
Citation	
Version Type	
URL	https://doi.org/10.60574/100506
rights	本データは非営利目的に限って利用できます。本データを利用した成果物を公開するに当たっては、出所を明示してください。本データを改変した場合には、その手順を何らかの手段で明記してください。
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

「しびれ」の質問票

【A】からだのしびれている部位についての質問です。

各質問について、どの程度該当するか下記の4つからお答えください。

- 3：非常にあてはまる
2：少しあてはまる
1：どちらともいえない
0：あてはまらない

- | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. 針で刺されるようにチクチクしますか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2. 電気が走るような感じがしますか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. 痛みを伴いますか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4. 暖かく感じますか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. 冷たく感じますか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 6. 振動しているように感じますか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7. かゆいですか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 8. 力が入りにくいですか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. 押されているように感じますか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10. 引っ張られているように感じますか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 11. 表面に膜を被ったように感じますか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 12. 正座の後のしびれと似ていますか？ | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

- 1 3. 麻酔の注射を打った後のようですか？ ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
- 1 4. ひもで縛られたように感じますか？ ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
- 1 5. 触れていないのに触れているようですか？ ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
- 1 6. 感覚が鈍いように感じますか？ ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
- 1 7. ぶつけた後のように感じますか？ ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
- 1 8. 触れるとしびれは悪化しますか？ ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
- 1 9. 触れるとしびれは改善しますか？ ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
- 2 0. 感覚が鋭敏なように感じますか？ ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0

【B】「しびれ」をご自身の言葉でどのように表現しますか？

【C】「しびれ」と「痛み」の程度についての質問です。

(1)「しびれ」が全く無い状態を0点、想像できる最大の「しびれ」を10点とした場合、あなたが感じている「しびれ」は何点ですか？ _____点

(2)「痛み」が全く無い状態を0点、想像できる最大の「痛み」を10点とした場合、あなたが感じている「痛み」は何点ですか？ _____点

【D】しびれの影響についての質問です。

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. しびれは苦痛ですか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. しびれにより書字に影響がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. しびれにより食事や歯磨きに支障がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. しびれにより平地の歩行に支障がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. しびれにより階段の昇り降りに支障がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6. しびれにより物事に集中できないように感じますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7. しびれにより寝れないことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8. しびれにより外出がおっくうに感じますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9. しびれにより家の中の雑用に支障がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10. しびれにより身体を洗うのが困難ですか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11. しびれは決してよくならないと思いますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 12. しびれを耐えられないと感じますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 13. しびれが徐々に悪化しているように感じますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 14. しびれが消えることを強く望みますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 15. しびれを1日中気にしていますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |