**末梢神経障害質問票（PNQ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **施設名** |  | **担当医氏名** |  |
| **登録番号** |  | **患者イニシャル** | （姓） 　　 （名） |

**□治療開始前 □治療終了後**

**□クロス治療開始前 □クロス治療終了後**

**ご本人記入欄**

**記入日：（西暦）　　　　　年　　　　月　　　　　日**

**感覚　該当する□に✓を記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | A | B | C | D | E |
|  | 手や足にしびれや痛み、知覚鈍麻を感じない | 手や足に軽いしびれや痛み、知覚鈍麻を感じるが、日常生活に支障なし | 手や足に中等度のしびれや痛み、知覚鈍麻を感じるが、日常生活に支障なし | 手や足にやや強めのしびれや痛み、知覚鈍麻を感じ、日常生活に支障あり | 手や足に強いしびれや痛み、知覚鈍麻を感じ、ほとんどの日常生活の妨げになる |

**運動　該当する□に✓を記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | A | B | C | D | E |
|  | 手足に筋力低下（脱力感）を感じない | 手足に軽い筋力低下（脱力感）を感じるが、日常生活に支障なし | 手足に中等度の筋力低下（脱力感）を感じるが、日常生活に支障なし | 手足にやや強めの筋力低下（脱力感）を感じ、日常生活に支障あり | 手足に強い筋力低下（脱力感）を感じ、ほとんどの日常生活の妨げになる |

**□に✓を記入してどのような活動に支障があるか示してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □洋服のボタンかけ | □ドアを開く | □ベルトのバックルを締める | □字を書く | □裁縫 |
| □ナイフを使う | □コンタクトレンズの着脱 | □眠る | □歩く | □仕事 |
| □フォークを使う | □（携帯）電話を使う | □階段を上る | □アクセサリーを着ける | □靴紐を結ぶ |
| □スプーンを使う | □リモコン操作 | □キーボードを打つ | □編み物 | □自動車運転 |
|  | □箸を使う | □その他（ご記入ください） | | |
|  |  |  | | |