

ペインクリニック問診票

記入日 令和 年 月 日

おなまえ
お名前

年齢 歳 (男・女) 職業

生年月日 (M・T・S・H) 年 月 日

住所 〒

TEL

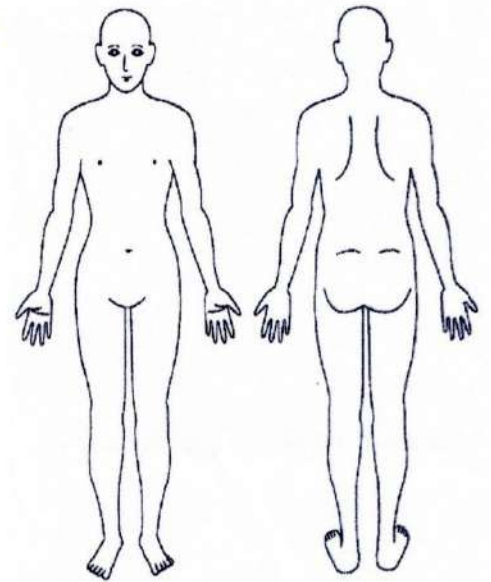
携帯

◎本日は、いつから、どのような症状で当クリニックを受診されましたか

いつから《 》 《 痛み・しびれ・その他 () 》

◎調子の悪い部分を右図に○を記入してください。➡

◎下の顔の絵に合う数字に○をつけてください。



・夜中も痛みがありますか？ (はい ・ いいえ)

・睡眠はとれていますか？ (はい ・ いいえ)

◎今回の症状で他の診察を受けられたことはありますか？

・ある → () 病院・医院 () 科

・ない

◎過去にアレルギー症状が出たことはありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方 → (食べ物・飲み薬・注射・点滴(造影剤)・その他)

どのような症状がでましたか？ ()

◎これまでにかかった病気、今現在治療中の病気を教えてください。

・心臓の病気 病名() いつから()

・脳の病気 病名() いつから()

・高血圧 いつから() ・糖尿病 いつから()

・喘息 いつから() ・その他()

◎現在内服されている薬名を記入ください。 お薬手帳、ご提示お願いします。

・女性の方 → 妊娠の可能性はありますか？(はい ・ いいえ)

◎当院をお知りになったきっかけをお聞かせください。

(インターネット・知人・広告(看板)・その他)