ペインクリニック内科　問診票

記入日: 20　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名		男 女	生年月日	平・昭・大・明　　年　　月　　日	歳	既婚 未婚
職業		身長cm		体重kg		分院歴

【女性の方のみお答えください】
Q. 現在妊娠していますか　　はい（現在妊娠　　ヵ月）・いいえ・不明
Q. 現在授乳中ですか　　はい・いいえ
Q. 出産回数　（　　）回

□東葛辻仲病院
□アルト新橋クリニック
□辻仲柏クリニック
□つくばクリニック

本日の体温 ＿＿℃　　血圧 ＿＿／＿＿　　脈拍 ＿＿回／分

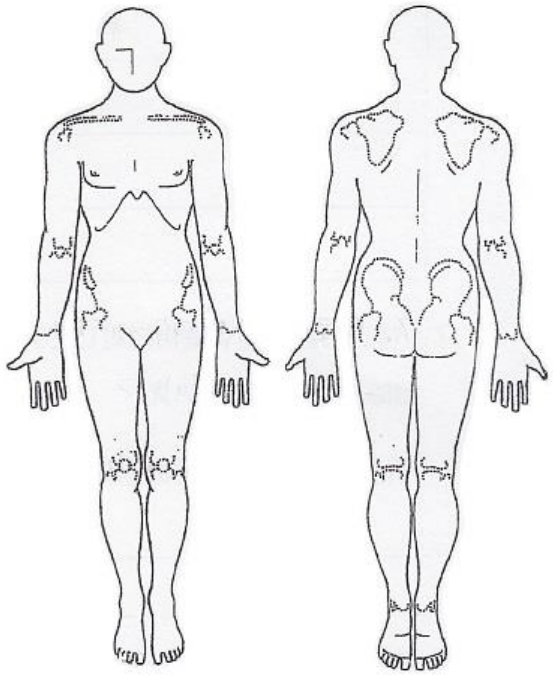
本日はどのような症状で来院されましたか　該当するものを○で囲んでください

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

どんな症状で
しびれ　　痛み　　その他（　　）

いつ頃から　（　　）
どんな経過ですか
（　　）

●症状のある部位を塗りつぶしてください



2. この症状に対して他院を受診されたことはありますか？

いいえ　　はい
医療機関名（　　）
科名　　（　　）
治療効果
改善　変わらず　悪化
その他（　　）

3. 既往歴

Q. 今までかかったことのある病気・現在治療中の病気に○をしてください
①高血圧　②糖尿病　③心臓病（不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全）　④前立腺肥大　⑤脳梗塞・脳出血
⑥緑内障　⑦肝臓病（＿＿型肝炎）　⑧腎臓病　⑨喘息　⑩精神疾患　⑪がん（　　癌）
⑫その他（　　）

4. 今までに手術をうけたことがありますか？

いいえ　はい

年齢	病名	手術内容	麻酔方法
			全身 硬膜外 脊髄 局所 不明
			全身 硬膜外 脊髄 局所 不明
			全身 硬膜外 脊髄 局所 不明
			全身 硬膜外 脊髄 局所 不明

裏面に続きます

患者ID（　　）　　□テンプレート入力　　□プロファイル入力

5. 現在の内服薬について

Q. 現在服用中のお薬はありますか ［ ある ・ ない ］

Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか

はい ・ いいえ

＊以下に現在服用しているお薬名をご記入ください

Q. お薬手帳の持参はありますか ［ ある ・ ない ］

6. アレルギーについて

Q. アレルギーはありますか ［ なし ・ あり ］

お薬 （ ）

食べ物 （ ）

局所麻酔薬 （ ）

消毒薬 （ ）

その他 （ ）

7. 嗜好品について

タバコ ： 吸わない ・ 吸う（1日 本）

飲酒 ： 飲まない ・ 飲む（1日量: ）

当院は個人情報の取り扱いについて細心の注意を払っています。上記の個人情報に関しましても、診療以外には使用いたしません。 2017.7

患者ID （ ） □テンプレート入力 □プロファイル入力