

ペインクリニック内科 問診票

記入日: 20 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	西暦	年	月	日	歳	既婚・未婚
氏名		女							
職業		身長cm		体重kg		分院歴			
【女性の方のみお答えください】								<input type="checkbox"/> 東葛辻仲病院 <input type="checkbox"/> アルト新橋クリニック <input type="checkbox"/> 辻仲柏クリニック <input type="checkbox"/> つくばクリニック	
Q. 現在妊娠していますか		いいえ・はい(現在妊娠		ヵ月)		不明			
Q. 現在授乳中ですか		いいえ・はい							
Q. 出産回数 () 回									

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

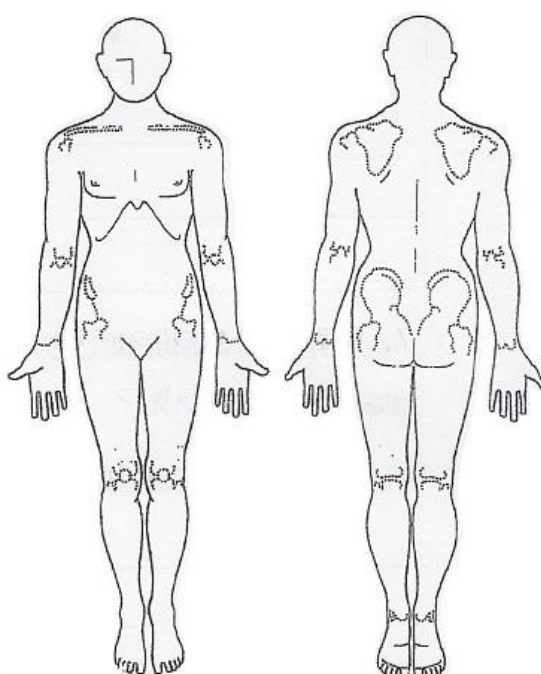
1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

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 [なし・あり]

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. 今までに手術を受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

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 [なし ・ あり]

Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか

いいえ ・ はい

* 以下に現在服用しているお薬名をご記入ください

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:)

Q. お薬手帳の持参はありますか [なし ・ あり]

8. 3ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？

いいえ ・ はい

場所 ()

いつ ()