

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

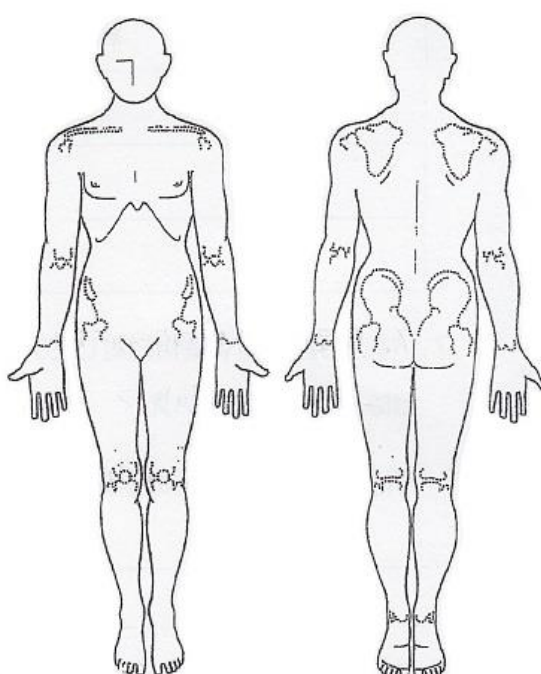
1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

どんな症状で ● 症状のある部位を塗りつぶしてください

しびれ 痛み その他 ( )

いつ頃から ( )

どんな経過ですか



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

