

# いまいペインクリニック 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな  
氏名: \_\_\_\_\_ 男・女

大正・昭和・平成  
生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住所: 〒 \_\_\_\_\_

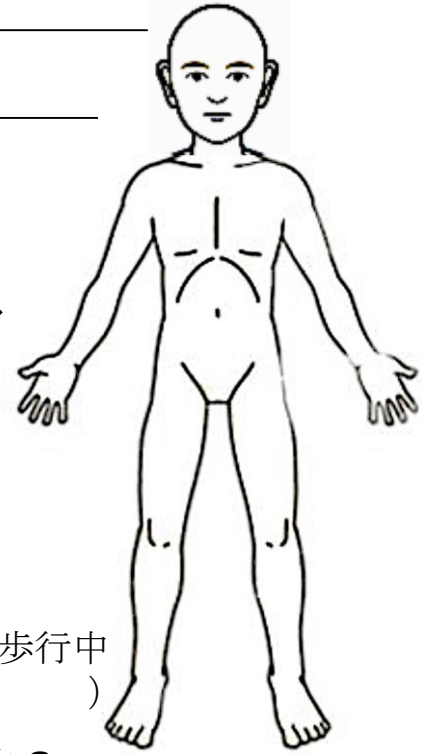
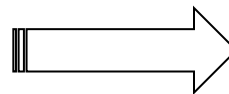
身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

電話: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

1: いつ頃から、どうされましたか？

体温 \_\_\_\_\_ 血圧 \_\_\_\_\_

2: 『痛み』『シビレ』等、違和感のある部位を  
右図に○で囲んで示してください

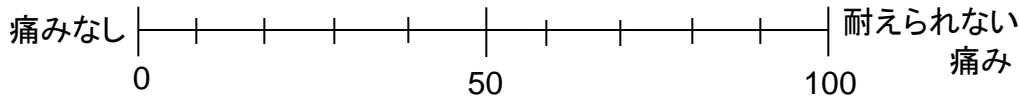


それはどのような痛みですか？(例:ビリッと電気が走る)

3: 痛みが強くなるのはどんな時ですか？

寝起き 就寝中 動き出し 座わる 立ちっぱなし 歩行中  
階段昇降 悪天候 その他( \_\_\_\_\_ )

4: 現在の痛みの強さを0~100の数値で表すと、どの位ですか？  
矢印↓で示してください



5: 今回の症状で治療や検査を受けたことがありますか？

診療科、検査、診断病名、治療内容、治療効果等教えて下さい

( \_\_\_\_\_ )

6: 血液が固まりにくくなるお薬、血液をサラサラにするお薬を  
飲んでいますか？ なし あり( \_\_\_\_\_ )

7: 今までに病気を指摘されたり、治療中の病気がありますか？ なし  
糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 精神・神経疾患 脳硬塞  
交通事故 手術 その他( \_\_\_\_\_ )

8: 局所麻酔(歯科治療の麻酔 等)を受けたことがありますか？  
なし あり (具合が悪くなったことがある はい いいえ )

9: その他、薬や食べ物などアレルギーはありますか？  
なし あり( \_\_\_\_\_ )

10: 当院を何でお知りになりましたか？

他院紹介 知人紹介 新聞広告 電柱広告 インターネット その他( \_\_\_\_\_ )

