

いまいペインクリニック 問診票

記入日 年 月 日

大正・昭和・平成・令和

ふりがな

氏名: _____

男・女

生年月日: _____年 月 日 (_____ 歳)

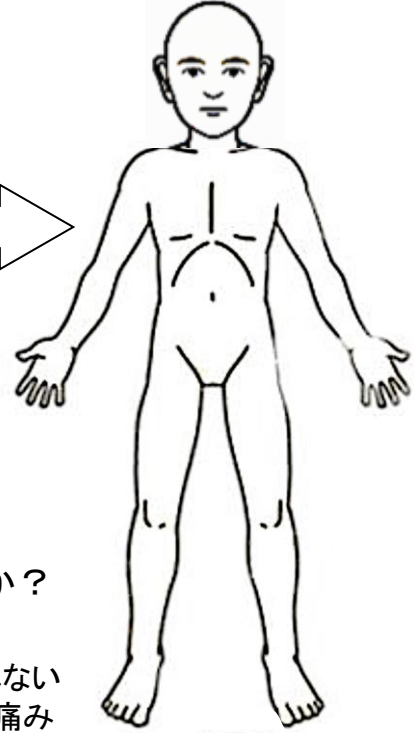
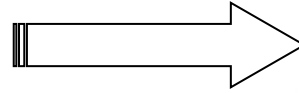
住所: 〒 _____

身長: _____ cm 体重: _____ kg

電話: _____ (_____)

1: いつ頃から、どうされましたか？

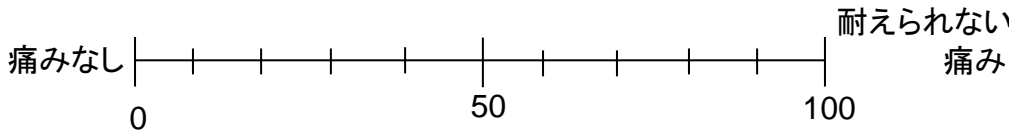
2: 『痛み』『シビレ』等、違和感のある部位を
右図に○で囲んで示してください



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？(例:前かがみ)

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

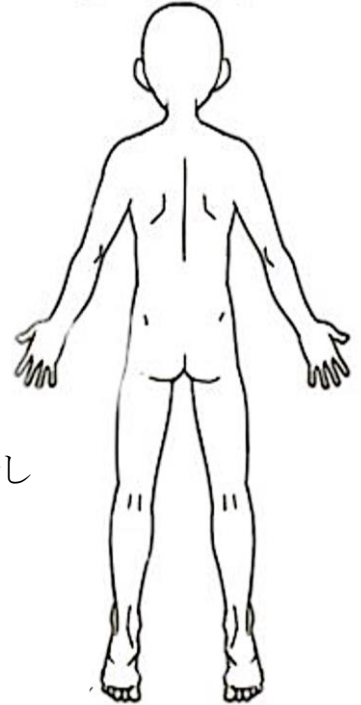


5: 今回の症状で治療や検査を受けたことがありますか？

診療科、検査、診断病名、治療内容、治療効果等教えてください

紹介状あり なし

(_____)



6: 1年以内に検診を受けましたか？はい いいえ

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

手術 その他(_____)

7: 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 (_____)

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(_____)

11: マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ はい いいえ