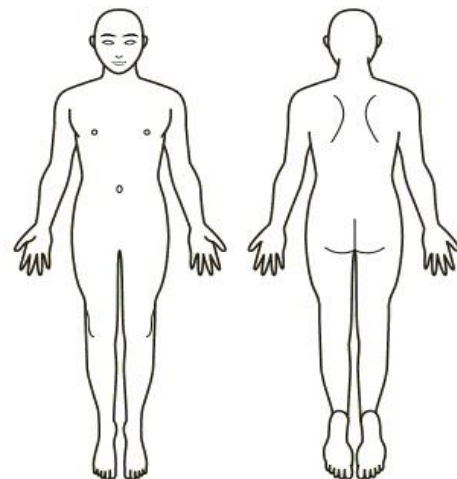


# 寺田痛みのクリニック 問診表

ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日： 大・昭・平・令 年 月 日（男・女）  
受診者名 \_\_\_\_\_ 職種： \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_  
ご住所 \_\_\_\_\_ 携帯： \_\_\_\_\_

ふりがな  
緊急連絡先氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_  
緊急連絡先ご住所 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先電話： \_\_\_\_\_

- 【1】 どこが辛いですか？（右の図に示してください）  
いつから起きたのか、また起きてからの経過をお書きください。



- 【2】 ペインクリニック科にはどのような理由でみえられましたか？（目的）  
希望する治療は？  
（担当医師に任せる・ブロック・内服（注射は嫌）・病気の説明・鍼灸）
- 【3】 過去にかかった事のある病気や現在治療中の病気に○をつけてください。  
また、いつ頃からかお書きください。
- |          |   |             |   |
|----------|---|-------------|---|
| ・ 高血圧    | 歳 | ・ 喘息・アレルギー  | 歳 |
| ・ 糖尿病    | 歳 | ・ 緑内障       | 歳 |
| ・ 心臓血管疾患 | 歳 | ・ 前立腺肥大     | 歳 |
| ・ 脳血管疾患  | 歳 | ・ その他の病気・手術 |   |
- 【4】 現在お飲みになっている薬はありますか？（他院、他科、市販薬を含めて）  
血が止まりにくくなる薬は？（ワーファリン・パナルジン・バップアリン）
- 【5】 飲み薬、注射、消毒などでアレルギーなどの副作用はありますか？  
（造影剤・局所麻酔薬・アルコール消毒・絆創膏湿布かぶれ・金属アレルギー・その他）
- 【6】 ご両親、ご兄弟にご病気の方はいらっしゃいますか？○をつけてください。  
（糖尿病・高血圧・アレルギー・喘息・神経筋肉疾患・その他）
- 【7】 微熱が続いていますか？ （はい・いいえ）
- 【8】 せきが続いていますか？ （はい・いいえ）
- 【9】 現在妊娠されていますか？ （はい・いいえ）
- 【10】 介護保険の認定はされていますか？ （はい・いいえ）・・・要支援（ ） 要介護（ ）