

痛みの治療 問 診 表

記載日 年 月 日

患者氏名	記入者：	患者との関係：
住所 〒		
電話番号		

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

痛みの治療で来院された方、現在の症状についてご記入ください		
いつ頃からいためますか	痛みのある場所はどこですか	
どんなふうに痛みますか		
<ul style="list-style-type: none"> ・ズキズキ ・重苦しい ・電気が走るような ・ピリピリ ・焼けるような ・締め付けられるような ・その他 () 		
痛みの原因に心当たりはありますか		
痛みが起こるとどの位続きますか？		
<ul style="list-style-type: none"> ・数分 (分間) ・数時間 (時間) ・一日中 		
痛みの一番強い時間帯はありますか？		
朝 昼 夕 夜 夜中 明け方 その他 ()		
しびれはありますか？		ある (場所) ない
麻痺はありますか？		ある (場所) ない
この痛みの事で病院にかかったことがありますか		
(はい ・ いいえ)		
「はい」の方は、いつ、どこの病院にかかりましたか		
いつ頃	病院名	
どのような検査や治療をされましたか		



ASANO
PAIN
CLINIC

裏面も記入してください

これまでにかかったことのある病気、治療中の病気について伺います 該当するものに☑をつけてかかった年齢を記載して下さい											
<input type="checkbox"/>	脳梗塞	()	歳	<input type="checkbox"/>	不整脈	()	歳	<input type="checkbox"/>	高血圧	()	歳
<input type="checkbox"/>	糖尿病	()	歳	<input type="checkbox"/>	腎臓病	()	歳	<input type="checkbox"/>	心筋梗塞	()	歳
<input type="checkbox"/>	狭心症	()	歳	<input type="checkbox"/>	不整脈	()	歳	<input type="checkbox"/>	気管支喘息	()	歳
<input type="checkbox"/>	肝臓病	()	歳	<input type="checkbox"/>	がん	場所 :	()	歳			
その他 病名 : () 歳											
現在、服用されている薬はありますか											
(ある ・ ない) ⇒あるにチェックされた方は、お薬手帳や説明書を提出して下さい											
血液をサラサラにする薬を飲んでいますか											
(はい ・ いいえ) ⇒飲んでる方 薬品名 ()											
アレルギーはありますか？											
(ある ・ ない) ⇒ ある方は、内容を記入して下さい。 ・アレルギー疾患 (例：鼻炎・蕁麻疹、金属やハウスダストなどの原因がわかれば記入) ・薬 () ・麻酔剤 () ・食べ物 () ・造影剤 ・アルコール											
これまでに手術を受けられたことはありますか											
(ある ・ ない) ⇒ある方は、手術を受けた年齢と部位を全て記入して下さい											

※ご不明なことは受付にお問合せください