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

来院された目的について教えてください
□困っている症状がある　　□定期的な通院を希望している □その他　具体的に
現在ある症状について該当するものに☑をつけてください
□熱　□咳　□のどの痛み　□鼻水　□頭痛　□胃の不快感 □下痢　□便秘　□腹痛　□尿のトラブル　□食欲がない □体重が減った／増えた　□冷え性　□更年期障害 □その他　具体的に
その症状はいつごろからですか
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

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					
□	脳梗塞　（　　歳）	□	不整脈（　　歳）	□	高血圧　（　　歳）
□	糖尿病　（　　歳）	□	腎臓病（　　歳）	□	心筋梗塞　（　　歳）
□	狭心症　（　　歳）	□	不整脈（　　歳）	□	気管支喘息（　　歳）
□	肝臓病　（　　歳）	□	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 ）　⇒飲んでいる方 薬品名（　　）

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

ASANO PAIN CLINIC