

問診票 (ペイン外来)

年 月 日

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 _____ 前回の受診からの変更 (有・無)				
電話	自宅: ()	緊急連絡先:	()		
身長:	cm	体重:	kg	体温:	℃ 職業:

【1】いつから痛みがありますか

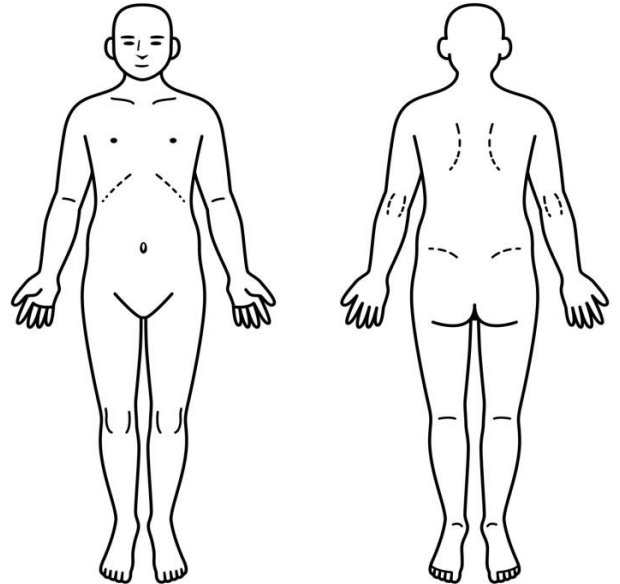
- 1) 本日 2) 昨日 3) () 日前
4) () 週間前 ・ () ヶ月前 ・ () 年前

痛みのところに
斜線を塗ってください

【2】どのような痛みですか

例: しびれる

[]



【3】思い当たる原因はありますか

[]

【4】痛みについて何か検査をしましたか

いいえ ・ はい (差支えなければ、病院名・治療内容等をご記入下さい)

病院名 (医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所)

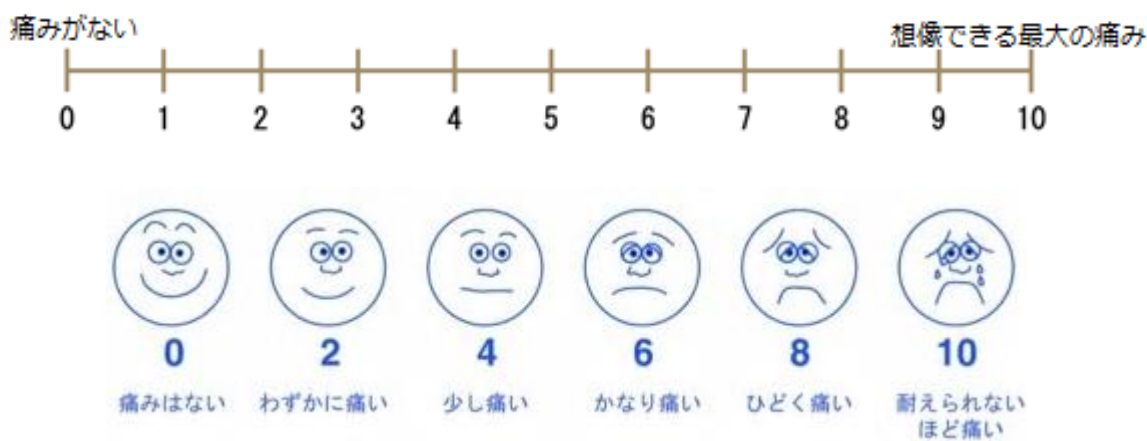
どのような検査を受けられましたか (レントゲン・CT・MRI・造影検査・その他)

治療方法 (注射 ・ 点滴 ・ 内服 ・ リハビリ ・ その他)

飲み薬の内容が分かればご記入下さい ()

裏面もご記入下さい

【5】今の痛みの強さはどのくらいですか。下の図で当てはまる数字に○をつけてください



【6】今までにかかった病気や現在治療中の病気がありますか

ない・ある（心臓・肝臓・腎臓・糖尿病・高血圧・不整脈・胃・血液の病気・腸の病気・眼の病気・骨折・その他）
かかりつけ病院（ 医院・クリニック・病院・診療所 ）

【7】現在飲んでいる薬はありますか

ない・ある ⇒ あるにチェックされた方は、薬名を記入してください
（ ）

【8】これまでに手術を受けられたことはありますか

ない・ある 病名（ ） ・ 何歳ごろ（ 歳ごろ）
どこの病院で（ 医院・クリニック・病院・診療所 ）

【9】当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

他院からの紹介（ 医院・クリニック・病院・診療所 ）
他科からの紹介（ 科 先生より） ・ 知人の紹介 ・ ホームページを見て
講演会 ・ 市民講座 ・ 雑誌 ・ 新聞 ・ 広告 ・ その他（ ）
タウン誌 よみっこ(yomi っこ) ・ チラシ ・ ポスター ・ 人間ドック/PET 等検査 ・ 近くて便利

【10】診察、治療でのご相談やご協力をして頂ける方（キーパーソン）は、おられますか

いいえ ・ はい お名前 関係
連絡先（自宅・携帯・勤務先・その他）

介護保険認定：有 ・ 無 ・ 申請中

認定有の方：要支援（ ） / 地域包括支援センター（施設名 担当者）
要介護（ ） / ケアマネジャー（施設名 担当者）
連絡先：施設 ・ 携帯 ・ その他（ — — ）

ご協力ありがとうございました

ペイン外来
問診担当者（ ）