

問 診 票

年 月 日

[ID] (ペイン外来)

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒 ー 前回の受診からの変更 (有・無)				
電 話	自宅 ()	本人携帯 ()	緊急連絡先 ()	続柄[]	
身長: cm 体重: kg 体温: °C 職業:					

【1】いつから痛みがありますか

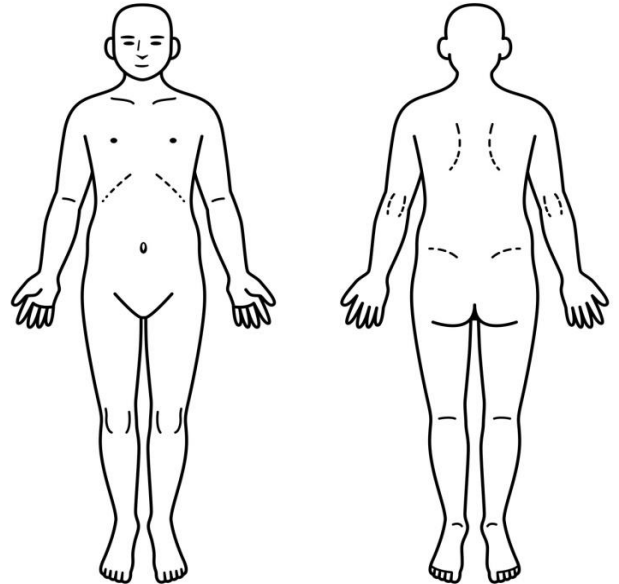
- 1) 本日 2) 昨日 3) () 日前
4) () 週間前 ・ () ヶ月前 ・ () 年前

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)

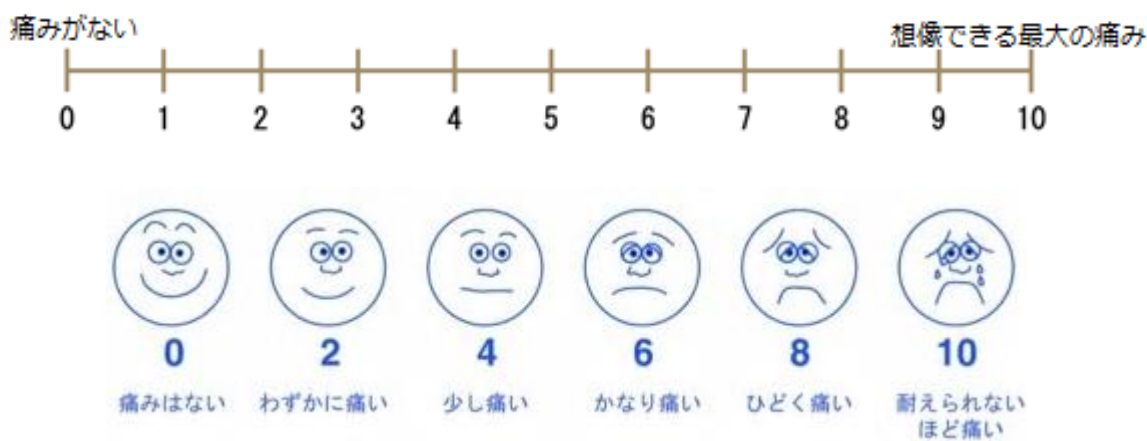
どのような検査を受けられましたか (レントゲン・CT・MRI・造影検査・その他)

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（経口避妊薬・市販薬も含めて）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】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）

【アンケート】ご協力をお願いします 当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

ホームページ・広告（雑誌・新聞・チラシ・ポスター・その他（ ））を見て
講演会・市民（健康）講座・西の京病院主催の教室に参加して
他院からの紹介（医療機関名）
西の京病院/他科からの紹介（科 先生、人間ドック/PET等検査）
知人（親、兄弟、友人、病院の人）の紹介・近くて便利

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（ ）