患者ID（　　）

ペインクリニック問診票

記入日：20　　年　　月　　日

フリガナ 氏名		男 女	生年月日	西暦　　年　　月　　日		歳
職業		身長cm		体重kg		分院歴

【女性の方のみお答えください】

現在妊娠していますか　☐ いいえ　☐ はい（現在妊娠　　ヵ月）

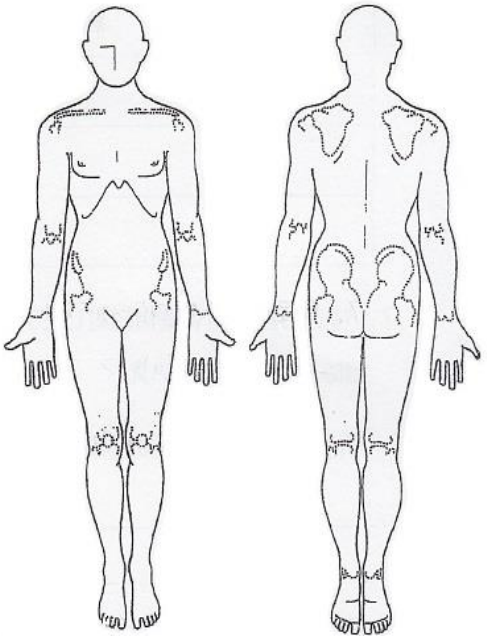
現在授乳中ですか　☐ いいえ　☐ はい

☐ 東葛辻仲病院
☐ アルト新橋クリニック
☐ 辻仲柏クリニック
☐ つくばクリニック

1. どのような症状で来院されましたか？

☐しびれ　☐痛み　☐その他（　　）

★症状がある部分を塗りつぶしてください➡



・上記の症状が始まったのは、いつからどんな経過ですか？

（　　）

・この症状に対して他院を受診しましたか？

［ なし ・ あり ］

医療機関名（　　）

科名（　　）

治療効果　☐改善　☐変わらず　☐悪化

2. 現在治療中、今までかかった病気はありますか？［ なし ・ あり ］

☐高血圧　☐糖尿病　☐高脂血症　☐心臓病（ 不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全 ）☐前立腺肥大

☐脳梗塞・脳出血　☐緑内障　☐肝臓病（____型肝炎）☐腎臓病　☐喘息　☐精神疾患

☐がん（　　癌）　☐その他〔　　〕

・通院中の医療機関名〔　　〕

・今までに手術を受けたことがありますか？［ なし ・ あり ］

手術名：　　／ 時期〔　　〕 治療医院〔　　〕

手術名：　　／ 時期〔　　〕 治療医院〔　　〕

3. この1年間で特定健診・高齢者健診を受けましたか？［ なし ・ あり ］

受診時期〔　　〕　指摘事項〔　　〕

4. 現在服用中のお薬はありますか？［ なし ・ あり ］

血液がさらさらになるお薬を服用［ なし ・ あり ］

お薬手帳の持参［ なし ・ あり ］

↓現在服用している薬をお書きください

5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？［ なし ・ あり ］

☐ お薬〔　　〕 ☐ 金属　☐ ゴム　☐ アルコール消毒

☐ 食べ物〔　　〕 ☐ その他〔　　〕

6. 嗜好品についてお答えください

タバコ：☐ 吸わない　☐ 過去に吸っていた〔1日　　本　　歳まで〕　☐ 吸う（1日　　本）

飲酒：☐ 飲まない　☐ 機会飲酒　☐ 飲む（1日量：　　）

7. 1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？［ なし ・ あり ］

いつ〔　　〕 場所〔　　〕

8. 新型コロナウイルス感染症にかかった事はありますか？［ なし ・ あり ］

いつ〔　　〕

当院は個人情報の取り扱いについて細心の注意を払っています。上記の個人情報に関しましても、診療以外には使用いたしません。　2023.04

☐スキャナ取り込み　☐プロファイル入力