

# ペインクリニック外来問診票

ペインクリニック外来を受診される患者様へ、以下の質問についてお答えください。

フリガナ  
お名前

記入日 年 月 日

年齢 才 男・女

職業 身長 cm 体重 kg

紹介状の有無: 有 ・ 無 マイナ保険証による情報取得の可否: 可 ・ 否

1) 今日どのような症状(痛み)で来院されましたか? また痛みはいつ頃からですか?  
\_\_\_\_年前 \_\_\_\_ヶ月前から

2) 今回の症状について他院で診察を受けたことがありますか?

\_\_\_\_年前 \_\_\_\_病院 \_\_\_\_科受診

(診断名がわかれば御記入下さい。)病名: \_\_\_\_\_

3) 今までに以下の病気にかかったことがありますか? あればチェックして下さい。

☐ 交通事故(\_\_\_\_年前 \_\_\_\_ヶ月前) ☐ 脳梗塞(\_\_\_\_年前 \_\_\_\_ヶ月前)

☐ 高血圧 ☐ 脳出血(\_\_\_\_年前 \_\_\_\_ヶ月前)

☐ 糖尿病 ☐ 前立腺肥大

☐ 緑内障 ☐ 精神疾患(病名: \_\_\_\_\_)

☐ 喘息 ☐ 心臓病 (病名: \_\_\_\_\_)

☐ アレルギー(薬品や食べ物など御記入下さい。)

☐ その他の病気、手術(上記以外であれば下に御記入下さい。)

4) 現在使用されている薬剤があれば必ずチェックをつけて下さい。

☐ 血をさらさらにする薬 ☐ ステロイド ☐ 糖尿病の薬

☐ (その他に使用している薬剤があれば下に御記入下さい。)

5) 1年以内に特定検診や高齢者検診を受けたことがありますか いいえ ・ はい

6) 女性の方のみご記入下さい。 ※妊娠中の方は、診察室でも担当医に直接お申出下さい。

生理について ☐ 規則的にある ☐ 不規則である ☐ 閉経している ☐ 妊娠中

最終月経 : \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

7) 1ヶ月以内に予防接種をしましたか? いいえ ・ はい(種類: \_\_\_\_\_)

8) コロナワクチン接種 最終接種日: \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 接種回数: \_\_\_\_回 不明 未接種

9) 未接種・不明理由 ( \_\_\_\_\_ )

10) 半年以内の海外渡航歴 ( あり ・ なし ) ⇒ありの場合 いつ頃: \_\_\_\_ 場所: \_\_\_\_

ご記入ありがとうございました。 洛西シズ病院 外来

当院は診療情報を所得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

|     |    |  |     |  |     |  |
|-----|----|--|-----|--|-----|--|
| 確認欄 | 受付 |  | 看護師 |  | 担当医 |  |
|-----|----|--|-----|--|-----|--|