

ペイン外来用 問診票

当院の定められた利用目的の範囲内で利用いたします。

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 _____ 職業 _____

〒 _____ 電話番号 _____

住所 _____

身長 _____ c m 体重 _____ k g

- ① マイナンバーカード保険証をご持参の場合、情報取得に同意しますか？ はい・いいえ

当院は診療情報を取得・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いたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

- ② どこに症状がありますか?(右の図に示してください)

- ③ いつ頃から、どのような症状がありますか？

- ④ 症状が出たときに何かきっかけはありましたか？

いいえ・はい ()

- ⑤ 症状が出始めてから今までの間にどう変わりましたか？

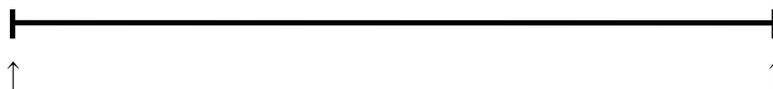
悪くなっている 変わらず 良くなっている
良くなったり悪くなったりする

- ⑥ 症状が酷くなる時はどのような時ですか？

(姿勢・行動・天気など)

- ⑦ ここ数日の痛みの程度をお聞かせください。

線の上でこのあたりと思われるところに×印をつけて下さい。



痛みなし

これまでに経験した最も激しい痛み

- ⑧ 現在の症状で他の病院に通院していますか？

病院名 (受診科名) :

いつから :

診断名 :

検査・治療内容 :

裏面もあります。

⑨ 現在服用中の薬はありますか？

(お薬手帳をお持ちの方、マイナンバーカード保険証での情報開示を了承いただいた方は記入しなくて大丈夫です)

いいえ・はい → ()

⑩ 血が固まりにくくなるような薬を飲んでいますか？ いいえ・はい

「はい」と答えられた方は以下の中で飲んでいる薬にチェックをしてください。

バイアスピリン プラビックス
 ワーファリン その他()

⑪ 今までで飲み薬や注射などで副作用がありましたか？

いいえ・はい → 薬剤名：

副作用：

⑫ 今までに大きな病気をされたことはありますか？ いいえ・はい

「はい」と答えられた方はチェックをつけて、病名と発病した年を書いてください。

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 外傷・交通事故 () 年 | <input type="checkbox"/> 高血圧 年 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 年 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 年 |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息 年 (最後に発作が出た日：) | <input type="checkbox"/> 耳鼻科・歯科疾患 年 () |
| <input type="checkbox"/> 精神疾患 () 年 | <input type="checkbox"/> アレルギー () 年 |
| <input type="checkbox"/> 神経疾患 () 年 | <input type="checkbox"/> 緑内障 年 |
| <input type="checkbox"/> 心血管障害 年 <input type="checkbox"/> 不整脈/ <input type="checkbox"/> 狭心症/ <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> 脳血管障害 年 <input type="checkbox"/> 脳出血/ <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 () 年 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 () 年 |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 年 | <input type="checkbox"/> 自己免疫性疾患 年 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ/ <input type="checkbox"/> 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> がん () 年 | <input type="checkbox"/> その他の病気() 年 |
| <input type="checkbox"/> 手術歴 () 年 | |

⑬ ご家族で上記にあるような病気にかかったことのある方はいますか？

いいえ・はい → 続柄：

病気：

⑭ 現在妊娠している可能性はありますか？または授乳中ですか？

いいえ・はい

⑮ 緊急時のご連絡先をお願いします。

(ブロック注射などで薬剤アレルギーがあった場合に連絡することがあります。)

お名前 続柄

電話番号

ご協力ありがとうございました、受付に提出をお願いします。