

# ペインクリニック問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_  
 〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ お電話 \_\_\_\_\_

生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

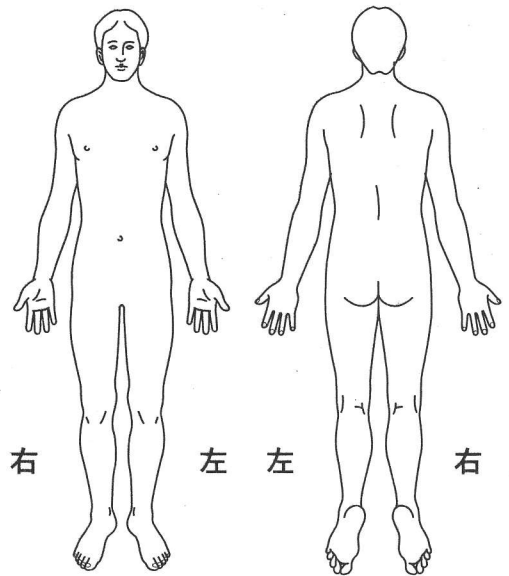
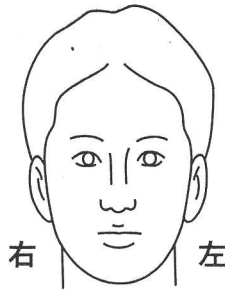
どちらで当院をお知りになりましたか？あてはまる番号に○をしてください。身長 \_\_\_\_\_

- (1) 知人・家族からの紹介(ご紹介者名: \_\_\_\_\_) 体重 \_\_\_\_\_  
 (2) 当ビルの看板を見て (3) その他の看板を見て(場所: \_\_\_\_\_)  
 (4) 建物を見て (5) タウンページを見て (6) ホームページを見て (7) 近いから  
 (8) その他( \_\_\_\_\_)

I あなたの『痛み』についてお尋ねします。

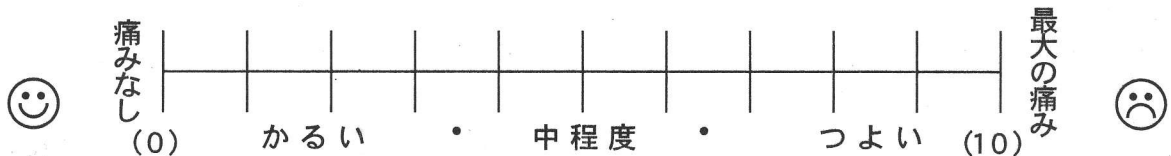
- 1、いつ頃から『痛み』が始まりましたか？ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃  
 2、原因として何か思い当たることがありますか？ はい (内容をお書きになってください) いいえ

3、『痛み』のある部位をお書きください。しびれや重い感じなどの異常があればその部位もお書きください。



- 4、痛みが強くなるのはどんなときですか？  
 ①食事 ②冷たい風 ③心配ごと ④飲酒 ⑤会話 ⑥仕事 ⑦悪天候 ⑧その他( \_\_\_\_\_ )
- 5、反対に、少しでも楽になる方法がありますか？  
 ①入浴 ②さする ③寝る ④飲酒 ⑤何もない ⑥その他( \_\_\_\_\_ )

6、この1週間の間の痛みの強さを下の直線上に○で印をしてください。  
 直線は10等分されています。最大の痛みを10とした時の痛みを数値に表した場合をご記入ください。



II 今までに、今回の痛みのために受けた『治療』をお書きください。

( 年 月 )( 病 院 名 )( 診 療 科 名 )( 病 名 )( 治 療 内 容 )( 治 療 効 果 )

Ⅲ あなたの『体質』についてお尋ねします。

1、今までにかかった病気、現在かかっている病気をお答えください。

なし、糖尿病、高血圧、喘息、心臓病、肺疾患、腎臓病、透析中、肝臓病、緑内障、  
精神・神経疾患、脳硬塞、脳出血、結核、交通事故  
その他( )

2、現在、飲まれている薬があればお書きください。( なし ・ あり )

「あり」の方は薬の名前をお書きください。( )

血が固まりにくくなるお薬、血をサラサラにするお薬( )・ワーファリン・バイアスピリン

3、花粉や薬のアレルギーなどはありますか？ ( なし ・ あり ) 「あり」の方は下に書いて下さい。

たまご、大豆などにアレルギーはありますか？( なし ・ たまご ・ 大豆 )

4、その他、体質的に何かございましたらお書きください。

Ⅳ 最後に生活習慣についてお尋ねします。

1、家庭、仕事などの生活の中でストレスは多いですか？( はい ・ いいえ )

2、睡眠は十分取れていますか？( はい ・ いいえ )

3、食欲はいかがですか？( ない ・ 普通 ・ 旺盛 )

4、外出はよくされますか？( よくする ・ たまにする ・ まったくしない )

5、現在タバコは吸いますか？( 吸う 1日 本 / 年間 ・ 以前吸ってたがやめた ・ 吸わない )

6、アルコールは飲みますか？( 飲む 1日 \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ くらい ・ たまに飲む ・ 飲まない )

7、最後に医師に言っておきたいことなどございましたらお書きください。