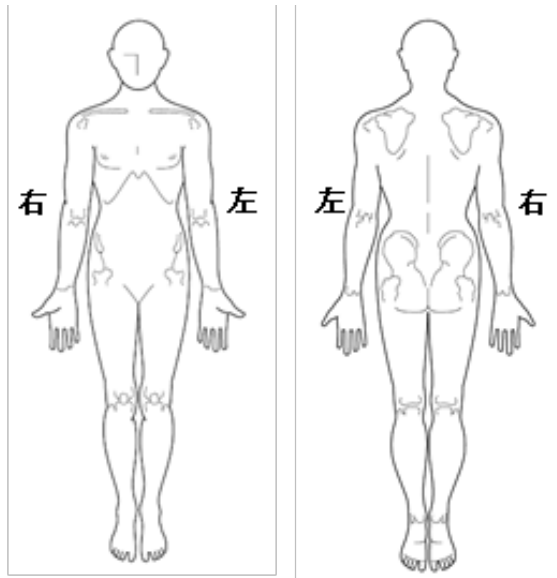


# <痛みの問診票>

つかはらペインクリニック

ふりがな	性別	男・女	年齢	歳
氏名	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日 生
住所	〒			
Tel(自宅)		Tel(携帯)		
体温	℃	身長	cm	体重
				kg

1. 本日の受診の理由をお聞かせください。  
 痛みの治療  
 その他の症状 ( \_\_\_\_\_ )  
 症状があるところを右図に○で記して下さい。



2. 生活にどのような支障がありますか。  
 ( \_\_\_\_\_ )

3. 症状はいつからありますか？  
 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から、 \_\_\_\_\_ 日前から、  
 \_\_\_\_\_ 週前から、 \_\_\_\_\_ 月前から、 \_\_\_\_\_ 年前から )

4. その時何か原因がありましたか。  
 はい (原因: \_\_\_\_\_) ・ いいえ

5. その症状をどこかで診てもらいましたか。  
 はい (医療機関: \_\_\_\_\_) ・ いいえ

6. アレルギーはありますか？  
 はい (内容: \_\_\_\_\_) ・ いいえ

7. 治療中の病気はありますか？  
 はい (内容: \_\_\_\_\_) ・ いいえ

内服中の薬 ( \_\_\_\_\_ )

\* お薬手帳やマイナ保険証で確認できれば省略可能です。

8. 今までに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか？  
 はい (内容: \_\_\_\_\_) ・ いいえ

9. 現在 妊娠、授乳中ですか？                      はい・ いいえ

10. マイナ保険証による診療情報の取得に同意されましたか？                      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:4点 マイナ保険証を利用した場合:2点)

ご記入ありがとうございました

