



問診票 (初診の方)

ID _____

____年____月____日

お名前 _____ 年齢 _____ 性別 (男・女)

〒 _____
住所 _____

電話番号 _____

現在持っている病気・昔かかった病気があれば教えてください。**(どこの病院でいつ頃治療しましたか)**

- 高血圧 糖尿病 脂質異常症 高尿酸血症
 心臓病 腎臓病 肝臓病 喘息 COPD
 がん 脳卒中 認知症 精神疾患 花粉症 アレルギー疾患
 緑内障 甲状腺疾患 その他

具体的に：

食べ物や薬でのアレルギーはありますか。

- ある 具体的に：
 ない

ご家族で病気の方がいれば、教えてください。

- 心臓病 糖尿病 腎臓病 肝臓病 脳卒中
 がん 具体的に： _____
 その他 具体的に： _____

かかりつけの病院はありますか。(病院名と、かかっている病名を教えてください)**普段から飲まれている薬があれば、教えてください。****(お薬手帳のある方は、手帳の提出で構いません)****定期的に健康診断を受けられていますか。****受けられている場合、異常を指摘されたことはありますか。**

- 受けていない 受けており、異常はない
 受けており、異常がある 具体的に：

飲酒について教えてください。

- 毎日飲む 週に3~4回 週に1回程度 週に1回以下 全く飲まない
 何をどの程度飲みますか _____ (1日あたり)

たばこについて教えてください。

- 吸う 1日 _____ 本を _____ 年間 禁煙中である 吸わない

妊娠の可能性はありますか。(女性の方のみ) 授乳中の方も記載をお願いします。

- ない 可能性がある 妊娠中 (_____ か月) 授乳中 (_____ か月)



問診票

ID _____

____年____月____日

本日来院された目的を教えてください。

- ペインクリニック (痛みの治療) 内科治療

ペインクリニックで来院された方へ質問です。

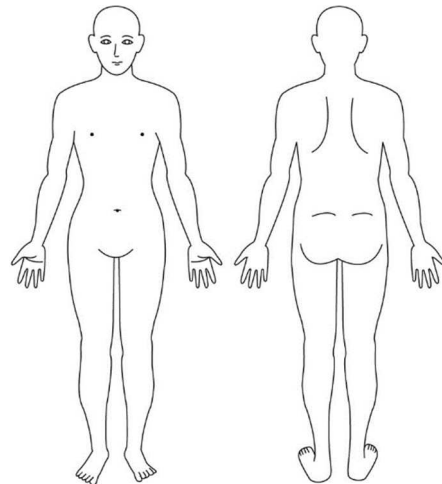
いつから痛みがありますか。

痛みの場所に斜線を塗ってください

どのような痛みですか。(例:しびれる)

思い当たる原因はありますか。

痛みについて何か検査をしましたか。



内科で来院された方へ質問です。

来院された目的は何ですか。

- 困っている症状がある
 定期的な通院を希望している
 その他 具体的に：

お困りの症状で来院された方へ。該当するものに✓をつけてください。

- 熱 喉が痛い 咳 鼻水 頭痛 胃の不快感 下痢 便秘 腹痛
 尿のトラブル 食欲がない 体重が減った/増えた 健診で異常を指摘された
 その他 具体的に：

その症状はいつ頃からありますか。

前回の来院後、新たな病気にかかったり、内服薬が変わった場合は教えてください。

(薬手帳の提出でも構いません)

スタッフ記入欄

紹介状 あり なし 紹介元医療機関

血圧 _____ 脈拍 _____ 体温 _____℃ SpO2 _____ 身長 _____ 体重 _____