

問 診 票

年 月 日

[ID] (ペイン外来)

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒 ー 前回の受診からの変更 (有・無)				
電 話	自宅 ()	本人携帯 ()	緊急連絡先 ()	続柄[]	
身長: cm 体重: kg 体温: °C 職業:					

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

いいえ ・ はい(直近1ヶ月以内の処方薬以外は【7】の記入省略可)

【1】いつから痛みがありますか

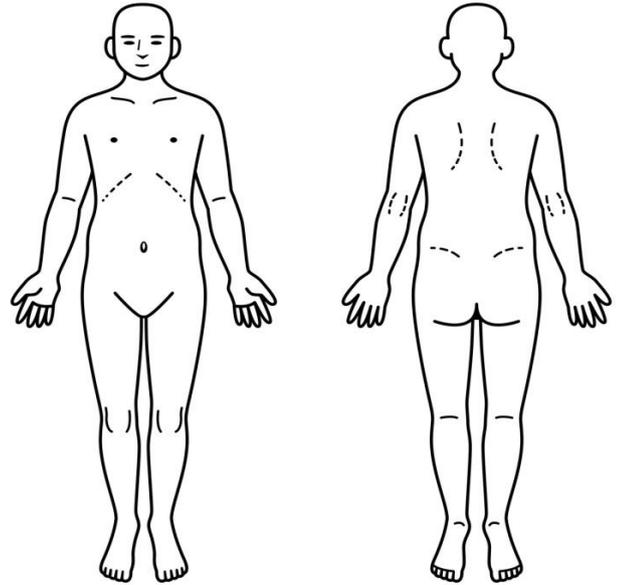
- 1) 本日 2) 昨日 3) () 日前
4) () 週間前 ・ () ヶ月前 ・ () 年前

痛みのところに
斜線を塗ってください

【2】どのような痛みですか

例: しびれる

[]



【3】思い当たる原因はありますか

[]

【4】痛みについて何か検査をしましたか

いいえ ・ はい (差支えなければ、病院名・治療内容等をご記入下さい)

病院名 (医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所)

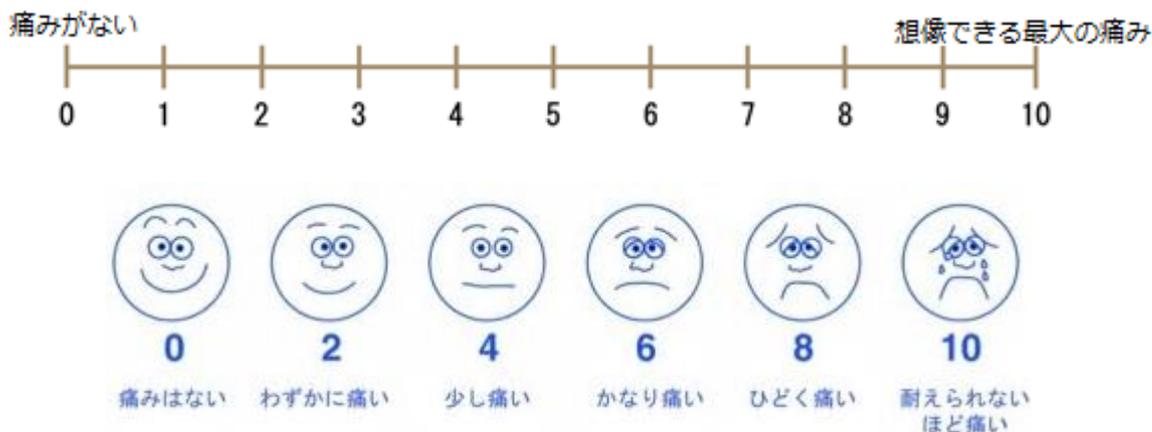
どのような検査を受けられましたか (レントゲン・CT・MRI・造影検査・その他)

治療方法 (注射 ・ 点滴 ・ 内服 ・ リハビリ ・ その他)

飲み薬の内容が分かればご記入下さい ()

裏面もご記入下さい

【5】今の痛みの強さはどのくらいですか。下の図で当てはまる数字に○をつけてください



【6】今までにかかった病気や現在治療中の病気がありますか

ない・ある（心臓・肝臓・腎臓・糖尿病・高血圧・不整脈・胃・血液の病気・腸の病気・眼の病気・骨折・その他）
かかりつけ病院（ 医院・クリニック・病院・診療所 ）

【7】現在飲んでいる薬はありますか

ない・ある
⇒ あるにチェックされた方は、薬名（経口避妊薬・市販薬も含めて）を記入してください
（ ）

【8】これまでに手術を受けられたことはありますか

ない・ある 病名（ ） ・ 何歳ごろ（ 歳ごろ）
どこの病院で（ 医院・クリニック・病院・診療所 ）

【9】診察、治療でのご相談やご協力をして頂ける方（キーパーソン）は、おられますか

いいえ・はい お名前 関係
連絡先（自宅・携帯・勤務先・その他）

【アンケート】ご協力をお願いします当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

ホームページ・広告（雑誌・新聞・チラシ・ポスター・その他（ ））を見て
講演会・市民（健康）講座・西の京病院主催の教室 に参加して
他院からの紹介（医療機関名（ ））
西の京病院/他科からの紹介（ 科 先生、人間ドック/PET等検査）
知人（親、兄弟、友人、病院の人）の紹介・近くて便利

介護保険認定：有・無・申請中

認定有の方：要支援（ ） / 地域包括支援センター（施設名 担当者）
要介護（ ） / ケアマネジャー（施設名 担当者）
連絡先：施設・携帯・その他（ - - ）

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。

ペイン外来
問診担当者（ ）