

まえだペインクリニック 申込み・問診表

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

御住所 (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

お電話番号(携帯番号可) \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

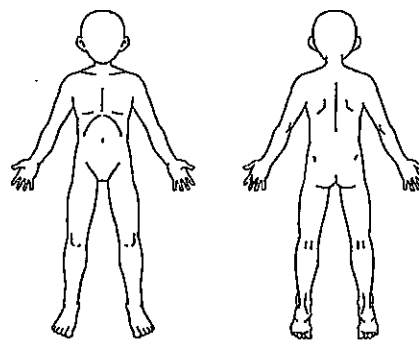
緊急連絡先 お名前 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ 続柄( \_\_\_\_\_ )  
御本人様以外

症状についてお尋ねします。

いつ頃から ( \_\_\_\_\_ )

- どこが
- 頭 顔 首 肩(右・左)
  - 腰 胸 腹 背中 股関節(右・左)
  - 腕(右・左) 肘(右・左) 手(右・左)
  - 膝(右・左) 足(右・左)
  - その他( \_\_\_\_\_ )

- どんな痛み
- ズキズキ ピリピリ しめつけられる
  - 電気がはしる 重鈍い やける
  - その他( \_\_\_\_\_ )



痛みが強くなる時はどんな時 ( \_\_\_\_\_ )

この症状を他院で診てもらいましたか? 有 無

→有りの場合 どこで何と言われましたか?(どこで

病名 \_\_\_\_\_ )

紹介状はお持ちですか? 有 無

レントゲン、MRI はお持ちですか? 有 無

薬について 現在服用されているお薬はありますか? ある ない  
 血液の流れを良くする薬は、 服用している していない

※ お薬を服用されている方は、お薬手帳等をお出し下さい。

現在治療中の病気 高血圧 心筋梗塞 狭心症 喘息 脳梗塞 脳出血 糖尿病  
腎臓病 肝臓病 癌 その他( \_\_\_\_\_ )

※ 当院は、注射による治療を行っています。診療によっては、注射治療になる場合があります。

次のいずれかに☑をお願いします。

- 注射をして欲しい。(服用されているお薬によっては、注射ができない場合もあります。)
- 診療によっては、注射をしてもよい。
- 注射はしたくない。

アレルギーについて あり なし

お酒について 飲む 飲まない

たばこについて 吸う 吸わない

現在妊娠されていますか? している( \_\_\_\_\_ ヶ月) していない

現在授乳中ですか? はい いいえ

- 領収書について
- 受領毎に領収書が必要
  - 月間領収書のみ必要(レシートはいらない)
  - レシートのみで良い
  - レシートはいらない

明細書について  要  不要

当院を受診されたきっかけは何ですか? ご紹介( \_\_\_\_\_ 様)

- ホームページ タウンページ バスの広告
- 電柱広告 その他( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。まえだペインクリニック