

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 _____

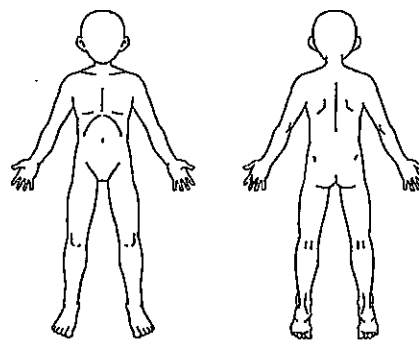
緊急連絡先 お名前 _____ TEL _____ 続柄(_____)
御本人様以外

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

頭痛専用問診票

頭痛のある方は、お手数ですが、以下の質問にお答え下さい。

お名前 _____

発症時期（いつ頃からですか？）		
毎日ですか？		
ひと月に何回くらい、痛みますか？		
どの時間帯によく痛くなりますか？		
頭痛の部位、どのあたりが痛いですか？		
一回の頭痛は、どのくらいの時間、持続しますか？		
どのように痛みますか？		
いつも同じ痛みですか？		
どんな時に痛みがでますか？ 例）生理・ストレス・アルコール		
肩こりはありますか？		
頭痛がくる事を、あらかじめわかりますか？		
痛い時は、仕事に支障がでますか？		
吐き気や吐くことがありますか？		
日常動作や階段などで、ひどくなりますか？		
眼がチカチカしたり、テレビの音がうるさく感じたりしますか？		
痛い時は、どうしていますか？		
血縁に同じような症状はありますか？		

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