

中野ファミリークリニック問診票【ペインクリニック】 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 ( )		
電話番号		勤務先/学校	
携帯電話		職種	

身長 [ ] cm 体重 [ ] kg

カルテ作成のため、以下の事柄についてお尋ねします。

■ 今日どのような症状でお困りですか？ 体温 [ ] °C

痛い場所はどこですか？

痛くて眠れないことがありますか？

■ それはいつ頃からですか？

■ 本日の症状に対して何かお薬を飲みましたか？ はい (お薬名： ) ・ いいえ

■ 現在治療中の病気やけがはありますか？

ない

ある → 病院名： 診断名：

血液をサラサラにする薬を飲んでいませんか？ はい (お薬名： ) ・ いいえ

■ 過去に、入院・手術をするような病気やけがをしましたか？

ない

ある → 傷病名：

病院名：

入院時期 (期間)：

手術内容：

■ 薬や食物のアレルギーはありますか？

ない

ある → 薬・食物

症状

■ タバコを吸いますか？  いいえ  はい (1日 本 × 年)

■ お酒を飲みますか？  いいえ  はい (種類： 一日当たりの量： )

■ (女性の方のみ) 現在、妊娠の可能性はありますか？

■ (女性の方のみ) 現在、授乳中ですか？