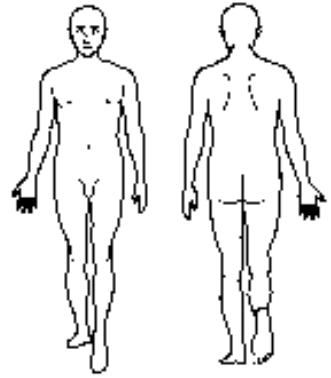


ペインクリニック問診表

氏名： 年齢： 歳 身長： cm 体重： kg

現在の症状についてご記入下さい。

1. 痛い部位を右の図に書いて下さい。
2. どんな風に痛むかを選んで○で囲んで下さい。
ズキズキ 重苦しい 電気が走るような ピリピリ
焼けるような 締め付けられるような
その他 ()
3. 痛みはいつ頃からですか？ ()
4. きっかけに心当たりはありますか？
ない ある ()
5. 痛みが起こるとどのくらい続きますか？ (数秒 数分 数時間 1日中)
6. 現在の痛み(症状)の強さを下の線に印をつけてください。



痛みが全くない

想像できる最大の痛み



7. 痛みで夜中に目が覚めることはありますか？ (ある ない)
8. 痛みが軽くなったり強くなる状況を選んで○で囲んで下さい。
特に無し お風呂で温まると痛みが軽くなる お風呂で痛みが強くなる
寒い場所・冷えて痛みが強くなる 生理前後で痛みが強くなる
雨の降る前や天気の良い日に痛みが強くなる
その他 ()
9. しびれはありますか？ (ない ある→痛みと同じ場所 その他(部位))
10. この痛みに関して病院にかかったことはありますか？ (はい いいえ)
「はい」の方は次もご記入下さい。
(1) いつ、どこの病院の何科にかかりましたか？
いつ () どこ () 病院 () 科)
(2) そこで何か治療、または手術をされましたか？分かる範囲でご記入下さい。
()

現在までの健康状態についてご記入下さい。

1. 現在治療中の病気がある方は病名をご記入下さい。
()
2. 今、飲んでいる薬はありますか？ (ある ない) →「ある」場合はお薬手帳などを看護師に渡して下さい。
3. これまでに手術を受けたことはありますか？ (ある ない)
いつ () 病名 () 病院名 ()
いつ () 病名 () 病院名 ()
4. 上の3で記入した以外に、今までにかかったことのある病気があればご記入下さい。
()
5. 薬以外に常用されている健康食品等がありましたらご記入下さい。
()
6. アレルギーのある方は当てはまるものを○で囲み、具体的な名前、症状をご記入下さい。
(内服薬 注射薬 食べ物 アトピー性皮膚炎 その他) →具体名 ()
アレルギーの症状 ()

裏面もありますので忘れずにご記入下さい。

今の痛み以外で、現在のその他の症状・状態についてご記入下さい。

下記の中で当てはまるものを全て○で囲み、特に症状がひどいものを◎で囲んで下さい。

疲れやすい 体全体が重い(だるい) 物事に驚きやすい 些細なことが気になる
イライラしやすい 乗り物酔いをする

便通：便秘()日に()回くらい 下痢 痔

小便：1日に()回くらい 夜間就寝後から起床時までに()回くらい

食欲：良い 普通 ない

睡眠：良い 寝つきが悪い 途中で目が覚める 夢を見るときは不快な夢が多い
食後すぐに眠くなる

汗：汗をかきやすい 特に首から上にかきやすい 寝汗をかく 手のひらに汗をかく

発熱・悪寒：熱がりである 寒がりである しもやけができる 体に熱感がある
上半身、特に顔面にのぼせがくる

口・のど：口の中が乾燥する のどがつかえる感じがする のどが渇く 口が苦い
口内炎ができやすい 口や舌が荒れやすい

目：目が疲れる 目がかすむ 目の下にクマができやすい

耳・鼻：めまい 立ちくらみ 耳鳴り 鼻水 鼻づまり 鼻血が出やすい

胸：せき 痰 息切れ 動悸 胸焼け みぞおちがつかえる

腹：嘔気 嘔吐 ゲップが出る 腹痛 腹が張る 腹が鳴る

皮膚：湿疹がでやすい 吹き出物がでやすい 皮膚がかさかさする 皮膚のかゆみ
よくアザになる 髪が抜けやすい 爪がもろい 静脈瘤がある
毛細血管が浮き出て見える

月経：現在妊娠の可能性はある 月経周期は順()日・不順

生理の期間が1週間以上続く おりものがある 生理血にかたまりがある
生理痛があり、休養や薬を必要とする

こる：首 肩 背中 腰 その他()

痛む：頭 首 肩 手 膝 足 腰 その他()

しびれる：手 足 その他()

ふるえる：手 足 その他()

冷える：手 足 腰 全身 その他()

ほてる：顔 手 足 その他()

むくむ：顔 手 足 その他()

その他、どのようなことでもよろしいのでご記入下さい。(心配・気になること、希望することなど)

よろしければ、当院の受診理由として当てはまるものを○で囲んで下さい。(いくつでも)

自宅から近い 勤務先から近い 知人・家族の紹介(紹介者)

インターネット 医師の勧め(病院名 医師名)

その他()

表面もありますので忘れずにご記入下さい。