



問診票

ID _____

____年__月__日

本日来院された目的を教えてください。

- ペインクリニック(痛みの治療) 内科治療

ペインクリニックで来院された方へ質問です。

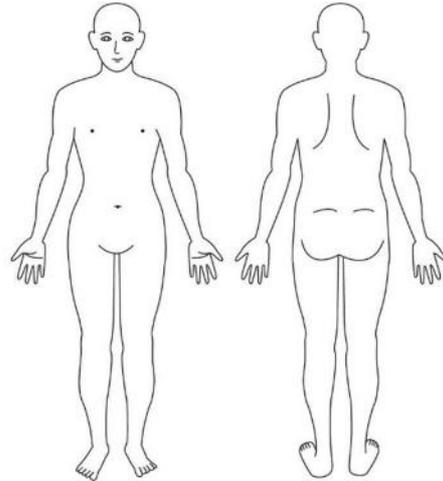
いつから痛みがありますか。

痛みの場所に斜線を塗ってください

どのような痛みですか。(例:しびれる)

思い当たる原因はありますか。

痛みについて何か検査をしましたか。



内科で来院された方へ質問です。

来院された目的は何ですか。

- 困っている症状がある
 定期的な通院を希望している
 その他 具体的に：

お困りの症状で来院された方へ。該当するものに✓をつけてください。

- 熱 喉が痛い 咳 鼻水 頭痛 胃の不快感 下痢 便秘 腹痛
 尿のトラブル 食欲がない 体重が減った/増えた 健診で異常を指摘された
 その他 具体的に：

その症状はいつ頃からありますか。

前回の来院後、新たな病気にかかったり、内服薬が変わった場合は教えてください。

(薬手帳の提出でも構いません)

スタッフ記入欄

紹介状 あり なし 紹介元医療機関

血圧 _____ 脈拍 _____ 体温 _____℃ SpO2 _____ 身長 _____ 体重 _____