

ペインクリニック外来問診票

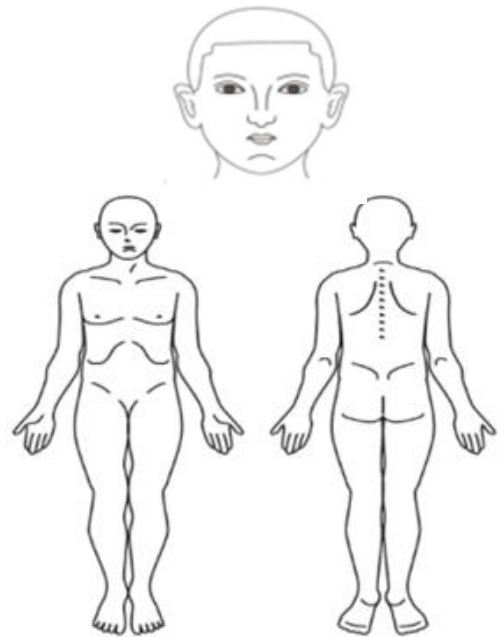
記載日： 年 月 日
 記入者： _____ 関係： _____

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に研修医等の同席をさせて頂くことがあります。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。

同意します 同意しません

フリガナ： _____
 患者氏名： _____ 年齢： _____
 身長： _____ cm 体重： _____ Kg

1. 現在の症状についてご記入ください。
 1). 痛みがある部位を右の図にご記入下さい。



- 2). どんな風に痛むかをご記入ください。
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). 症状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？
 (_____)

5). 痛みが起こるとどの位続きますか？
数分(分間) 数時間(時間) 一日中

6). 痛みの一番強い時間帯はありますか？
朝 昼 夕 夜 夜中 明け方 その他(_____)
 想像できる最大の痛みを10としたとき、その痛みはいくつ位になりますか。(_____)

7). しびれはありますか？ ある (部位： _____) ない

8). 麻痺はありますか？ ある (部位： _____) ない

9). この痛みの事で病院にかかったことがありますか？ (はい いいえ)
 「はい」の方は、いつ、どこの病院にかかりましたか？
 (時期： _____ 病院名： _____)
 何か治療をされましたか？ (_____)

2. これまでにかかったことのある病気、治療中の病気はありますか？(□ある □ない)

⇒「ある」にチェックされた方は、該当するものに☑をつけて下さい。

- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------|-------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> ①脳梗塞 | (__才) | <input type="checkbox"/> ②脳出血 | (__才) | <input type="checkbox"/> ③心筋梗塞 | (__才) |
| <input type="checkbox"/> ④狭心症 | (__才) | <input type="checkbox"/> ⑤不整脈 | (__才) | <input type="checkbox"/> ⑥高血圧 | (__才) |
| <input type="checkbox"/> ⑦肝臓病 | (__才) | <input type="checkbox"/> ⑧腎臓病 | (__才) | <input type="checkbox"/> ⑨気管支喘息 | (__才) |
| <input type="checkbox"/> ⑩糖尿病 | (__才) | <input type="checkbox"/> ⑪緑内障 | (__才) | <input type="checkbox"/> ⑫前立腺肥大 | (__才) |
| <input type="checkbox"/> ⑬がん | (部位 : _____ | | | 年齢 : __才 | |
| <input type="checkbox"/> ⑭その他 | (部位 : _____ | | | 年齢 : __才 | |

3. 現在、服用されている薬はありますか？(□ある □ない)

⇒「ある」にチェックされた方は、薬名を記入して下さい。

(_____)

※お薬手帳やお薬の説明書がある方は、提出して下さい。

主たる、かかりつけ調剤薬局を教えてください (_____ ☎ _____)

4. これまでに手術を受けられたことはありますか？(□ある □ない)

⇒「ある」にチェックされた方は、手術を受けた年齢と部位を全て記入して下さい。

(部位 : _____ 年齢 : __才)

5. アレルギーはありますか？(□ある □ない)

⇒あるにチェックされた方は、内容を記入して下さい。

アレルギー疾患 (例：鼻炎・蕁麻疹、金属やハウスダストなどの原因がわかれば記入)

(_____)

薬 (_____) 麻酔剤 (_____)

食べ物 (_____) 造影剤 (_____)

アルコール (_____)

生活に関する情報のご記入をお願いいたします

1. 介護保険は利用していますか？

未申請 申請中 申請済 (要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 非該当)

2. 下記のご担当者の連絡先をご記入ください。

地域包括支援事業所	_____	事業所	担当者	_____	☎	_____
ケアマネージャー	_____	事業所	担当者	_____	☎	_____
生活保護ケースワーカー	_____	福祉事務所	担当者	_____	☎	_____

3. 同居されている家族について教えてください。

1人暮らし 配偶者と2人暮らし 他家族と同居 (詳細 : _____)
 【主な生活支援者】 氏名 _____ 関係 _____ ☎ _____

4. 病状や治療についての説明は、どなたがお聞きになりますか？ (複数可)

自分
自分以外 氏名 _____ 関係 _____ ☎ _____
 あなたのキーパーソンはどなたですか 氏名 _____ 関係 _____ ☎ _____

5. 今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください。

6. 今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください。

例) 仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

7. 臓器提供意思表示カードをお持ちですか？ (はい いいえ)

当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。