

記載日：

年

月

日

ペインクリニック外来問診票

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お願いいたします。

同意します 同意しません

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

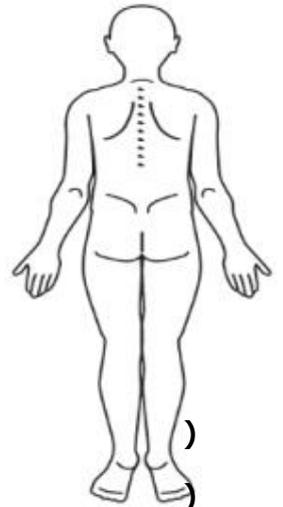
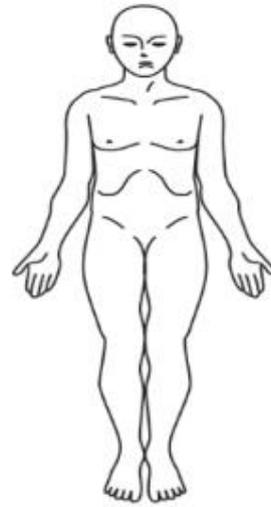
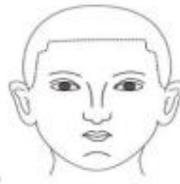
8) 麻痺はありますか？ ある (部位) ない

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？ ()



可能な限りご記入お願いいたします

1. 病状説明や今後の治療選択時の同席者及び生活全般に対する支援者を教えてください。

氏名	関係	☎
氏名	関係	☎

2. 世帯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 その他家族有り

3. 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)

4. 下記のご担当者の連絡先をご記入ください

かかりつけ医: _____ ☎ _____

地域包括: _____ 事業所 担当者 _____ ☎ _____

ケアマネ: _____ 事業所 担当者 _____ ☎ _____

生活保護ケースワーカー: _____ 役所 担当者 _____ ☎ _____

5. 病状について、あなたはどの程度知りたいですか

すべてを知りたい 悪い話は聞きたくない

ご要望: _____
.....
.....

6. 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

.....
.....

7. 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

.....
.....

8. 臓器提供意思表示カードをお持ちですか? いいえ はい

9. その他、ご意見、ご要望をご記入ください。

.....
.....

当院受診される方へ

1) 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。

同意します 同意しません マイナンバーカードを持っていません

※「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の算定において、マイナンバーカード健康保険証を利用した場合は2点、利用しない場合は6点となります。

2) コロナワクチン接種歴について、教えてください（日付はわかる範囲で構いません）。

受けていない 受けている 最終接種日（ ）回目： 年 月 日

※記入後はお薬手帳と一緒に受付にお渡しください

※ご不明なことは受付にお問合せください

以上です。ご協力ありがとうございました。