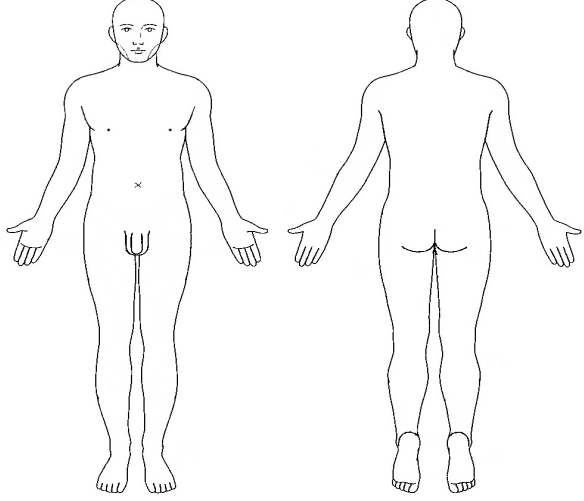


ID:

柿原ペインクリニック 問診票		記入日	年	月	日
ふりがな	男 女	職業	生年月日		
氏名			年	月	日
〒	住所	電話番号			
<p>1. いつ頃から悪くなりましたか？</p> <p>2. どのような痛みですか？</p> <p>3. 痛いところ・具合の悪いところを右の図に○印をつけてください。</p>					
<p>4. あなたの痛みの強さを教えてください。</p> <p>下の直線は【痛みはない】から【これ以上ないくらい強い痛み】までのうち、右側ほど痛みが強いことを意味します。下の直線上に過去1週間のあなたの痛みの強さをタテ棒()でご記入ください。</p> <p style="text-align: center;"> ← 痛みはない (無) → これ以上ないくらい強い痛み (強) </p>					
<p>5. 痛みが楽な時はどんな時ですか？また、痛みがひどくなるのはどんな時ですか？</p> <p>楽な時:</p> <p>ひどい時:</p>					
<p>6. 今までにかかった病気、ケガ、手術を教えてください。</p> <p>高血圧・心臓病・糖尿病・肝臓病・腎臓病・交通事故・目、耳、鼻の病気 喘息・精神、神経の病気・その他()</p>					
<p>7. 今、飲んでいる薬はありますか？</p> <p>なし <input type="checkbox"/> 薬名:</p> <p>あり <input type="checkbox"/></p>					
<p>8. 飲み薬、注射、食べ物などで副作用・アレルギーが出たことはありますか？</p> <p>なし <input type="checkbox"/> 詳しくお書きください。</p> <p>あり <input type="checkbox"/></p>					
<p>9. 女性の方へ 現在、妊娠されていますか？もしくはその可能性はありますか？</p> <p>はい()ヶ月) ・ いいえ</p>					
<p>10. 通常の領収書の他に詳細な明細書をご希望の方は○を付けて下さい。(希望する)</p>					
<p>11. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？</p> <p>【1】他医院より紹介 【2】家族・知人の紹介 【3】インターネット 【4】チラシ・看板を見て 【5】通りがかり</p>					
<p>12. 当院での治療に関するご希望などがありましたらご自由にお書きください。</p>					



神経ブロックを行う際に重要ですので、次のお薬を服用中の方は必ずお申し出ください。

血液をサラサラにする薬(小児用パファリン・ワーファリン・パナルジン・バイアスピリンなど)