

## 予 診 表

初診の方、しばらくぶりの再診の方はご記入おねがいたします。

ふりがな ..... 氏名	身長 ..... 体重 ..... 利き手 ..... 様	嗜好 ○をしてください タバコ・酒	ご職業
---------------------	---	----------------------	-----

当院は何でお知りになりましたか？

- 他院紹介 知人 家人 ライナー 他マスコミ 看板 電話帳  
インターネット その他

ペインクリニックはどのような治療をする科か知っていますか？

- はい いいえ

今回はどのような症状でこられましたか？あてはまるものにチェックしてください。  
また特に一番治療を希望する症状には下線をひいてください。

- ・頭痛 (右・左・両方) ・顔の痛み (右・左・両方) ・顔のまひ (右・左)  
・首の痛み (右・左・両方) ・肩こり (右・左・両方) ・肩の痛み (右・左・両方)  
・背中 of 痛み (右・左・両方) ・胸痛 (右・左・両方) ・腹痛 (右・左・両方)  
・腰痛 (右・左・両方) ・ひざの痛み (右・左・両方) ・足の痛み (右・左・両方)  
・足のしびれ (右・左・両方) ・手のしびれ (右・左・両方)

- アレルギー鼻炎 アトピー 帯状疱疹(たいじょうほうしん) めまい 発熱  
自律神経の失調症状 うつ症状 かぜ症状  
・その他 ( )

発症したのはいつからですか？

- 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )

この症状でいままでどんな治療を受けましたか？

- どこで(病院・治療院)： 期間：  
わかれば診断名：

今回の症状が次によるものの方はチェックをしてください。

- 交通事故 労務上の災害 けが(ころんだ、打った、ぶつけた)

薬・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

- はい いいえ

輸血を受けたことがありますか？

- はい いいえ

裏面に続く

今かかっている病気、今までかかった病気、うけた手術の内容,時期など、お分かりになる範囲でお書きください。

- 高血圧 心臓病 不整脈 肺の疾患 喘息 糖尿病  
高コレステロール血症 肝臓病 腎臓病 脳卒中 癌(がん)  
その他( )

手術

今他院からもらっているお薬がありますか？

- はい いいえ

お薬の内容がわかる紙があれば窓口にお出してください。

女性の方。

・妊娠されている可能性はありますか？

- はい いいえ

・授乳中ですか？

- はい いいえ

がん告知についてのご希望をお尋ねいたします。

- すべてしてほしい 家人にだけしてほしい(どなたですか ) その他

患者さんの病状の説明をご本人の許可なく第三者にお話することはありませんが、その確認がとれない状況が発生した場合、どなたにすればよろしいでしょうか？

( )

その他ご希望があればお書きください。

( )

旭川ペインクリニック病院、又は永山ペインクリニックを受診したことがありますか？

- はい いいえ

★患者情報保護法に従った病院内の取り組み方についての広報が院内入り口にはってあります。必ず目をお通してください。