

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.....	嗜好 ○をしてください タバコ・酒	ご職業
-----------------	--------------------------------	----------------------	-----

マイナ保険証であなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意なさいますか？

はい いいえ

当院は何でお知りになりましたか？

他院紹介 知人・家人 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)
- ・背中での痛み (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うけましたか？

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、ぶつめた)

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

