

# ぱくペインクリニック 問診票

記入日 年 月 日

※紹介状・お薬情報・画像などをお持ちの方は受付にお出しください

|      |       |    |                |         |   |   |   |
|------|-------|----|----------------|---------|---|---|---|
| よみがな |       |    |                | 生 年 月 日 |   |   |   |
| 氏 名  | 男 ・ 女 |    | 明治・大正<br>昭和・平成 | 年       | 月 | 日 | 歳 |
| 郵便番号 | —     | 住所 |                |         |   |   |   |
| 電話番号 | 自宅 :  |    | 携帯 :           |         |   |   |   |

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

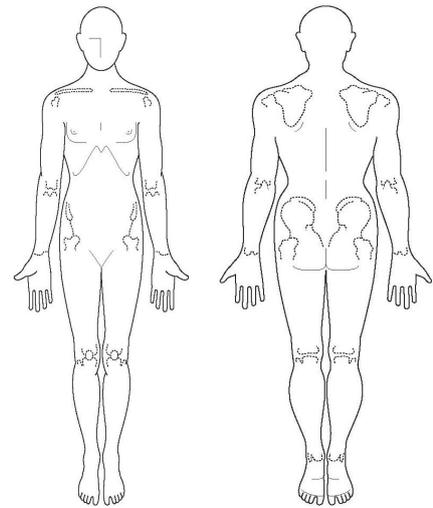
(具合の悪い部位に印をつけてください)

いつから :

どこが :

どうした :

思い当たる原因 :



2. 現在、お薬を服用されていますか。( はい ・ いいえ )

薬名 :

3. お薬・食べ物でアレルギーがありますか。( はい ・ いいえ )

詳しくお書きください :

4. 今までに次の病気や大きな病気にかかれたことはありますか。( はい ・ いいえ )

高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳梗塞 ・ リウマチ ・ 胃潰瘍 ・ 癌  
その他、詳しくお書きください :

5. 今までに手術をされたことがありますか。( はい ・ いいえ )

詳しくお書きください :

6. 当院での治療に関するご希望があれば記入してください。

7. 女性の方へ質問です。 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。

はい( 月 ) ・ いいえ

8. 当院をどこでお知りになりましたか

【1】 ご家族・知人

【2】 チラシ・広告

【3】 インターネット

【4】 他医院より紹介

【5】 通りがかり

【6】 雑誌・新聞記事

9. 当院では通常の領収証のほかに詳細な明細書を発行することが可能です。ただし、明細書発行にはお時間をいただく場合がございます。明細書の発行を希望される方は○をつけて下さい。( 希望する )

※※ 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 ※※

小児用バファリン・ワーファリン・プラビックス・バイアスピリン・エパデール・イグザレルト

その他、血液の流れをサラサラにする薬