

<問診票>

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日生
住所	〒				
TEL(自宅)		TEL(携帯)			

1. どなたと一緒に来られましたか？

一人で 様< > (続柄:)と一緒に

*同伴の方がこの用紙を記入された場合、< >に○をつけて下さい

2. いちばん困っておられることは何ですか？

複数ある場合は、その中でとくに一番困っている症状に◎を付けてください。

気分が落ち込む イライラする 眠れない 不安である

食欲がない 物忘れをする 集中力がない 疲れやすい

体重が急に変わった 物事にこだわり過ぎる 痛みがある (場所:)

しびれがある (場所:) その他 ()

3. いつ頃からですか？

2, 3日前から 1週間くらい前から 1ヶ月以上前から

その他 年 月頃から

4. 今、かわたペインクリニック以外でかかっている病院はありますか？

いいえ はい (病院名:) (病院名:) (病院名:)
 どのようなことで:)

5. 現在飲んでる薬はありますか？

いいえ はい 薬品名 (できれば何mg 何錠までご記入ください)

6. 今までに心療内科、精神科にかかれたことがありますか？

いいえ はい (いつ頃: 年 月 病院名:)

どのようなことで:

そのとき飲んでいたお薬:

7. 今までに大きな病気をしましたか？

いいえ はい (いつ頃: 年 月 病名:)

8. 薬などでアレルギーがでたことがありますか？

いいえ はい (いつ頃: 年 月 原因:)

9. 現在、次の病気だといわれたことがありますか？

いいえ はい 緑内障・前立腺肥大・心臓疾患 (不整脈を含む)、重症筋無力症、糖尿病

10. 現在、妊娠をされている、あるいは妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい 妊娠週数: 週

11. 本日の診察で、特に希望されることがあればお書き下さい。