

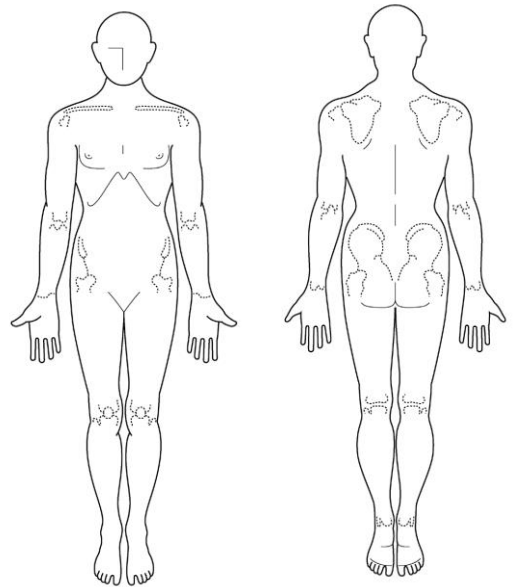
□アルコール

問診票

来院日 平成 年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日		
氏名			明 大 昭 平	年 月 日	歳
住所	〒	自宅 ()		携帯 ()	
当院を何で知りましたか？	紹介・Google検索・Yahoo検索・エキテン・FB・看板・書籍 木村ペインクリニック (ご紹介者様)				
メールアドレス お得な情報をお送りします	@				

① 1番お困りの症状はなんですか？(右図にも○をしてください)



② 下記の項目で当てはまるものに○をしてください。(複数可)

- 痛い シビれる 動きが悪い 倦怠感 違和感 寒気
- 自律神経症状 不安感 イライラ感 恐怖感 無気力感
- 日常生活困難 頭痛 めまい 吐き気
- その他 ()

③ 症状はいつからですか？ いつが一番つらいですか？
() (朝 昼 夕 夜)

④ 思い当たる原因は何ですか？

⑤ 病院で以下の検査はしましたか？

MRI :	してない・した
レントゲン :	してない・した
CT :	してない・した
血液検査 :	してない・した
超音波検査 :	してない・した

⑥ 現在治療中、または過去に罹った病気はありますか？下記に○をしてください。

- ない ・ ある (肝炎 エイズ 感染症 がん 心臓病 糖尿病 脳疾患 高血圧 甲状腺)
- (貧血 自己免疫性疾患 膠原病 関節炎 閉塞性動脈硬化症)
- その他 (病名)

⑦ 過去に手術歴、外傷歴(怪我や事故)はありますか？

- ない ・ ある (手術部位)
- (外傷部位) ※裏面もご記入ください

- ⑧ かかりつけの医師はいますか？ いない ・ いる (病院名&医師名)
 現在飲んでいるお薬はありますか？ ない ・ ある (薬名)
 病院には掛かりましたか？ ない ・ ある (整形外科 麻酔科 神経内科 心療内科 脳外科 循環器科)
 治療経験はありますか？ ない ・ ある (マッサージ 鍼灸 整骨院 整体 カイロ ストレッチ 注射)
 (電気治療 筋膜リリース 気功 お薬 漢方 サプリ その他)
 アルコール消毒でかぶれることはありますか？ ない ・ ある

- ⑨ ご本人、ご家族について教えてください。下記に○をしてください。

ご結婚されていますか？	独身	離婚	既婚	(子供はいますか？	人)							
同居者はいますか？	(祖父	祖母	父親	母親	夫	妻	兄弟	姉妹	子供	その他)	計	名
介護者はいますか？	(祖父	祖母	父親	母親	夫	妻	兄弟	姉妹	子供	その他)	計	名
現在一番困っていることはなんですか？	()											

- ⑩ ご家族で下記の病気に罹っている、または現在治療中の病気はありますか？
 ない ・ ある (脳疾患 遺伝性疾患 血液疾患 糖尿病 自己免疫性疾患 膠原病)

- ⑪ 生活について教えてください

- お酒は飲みますか？ 飲まない ・ 飲む (種類 1日に飲む量)
 タバコは吸いますか？ 吸わない ・ やめた ・ 吸う (種類 1日に吸う量)
 食事は1日何食食べますか？ 3食・2食・1食・その他・ダイエット中 (種類)
 睡眠は1日何時間とれていますか？ (9~7時間・6~4時間・3時間以下・その他)
 生活リズムはいかがですか？ 規則正しい ・ 不規則(原因は？)
 趣味はありますか？ ない ・ ある (具体的に：)
 スポーツや運動はしていますか？ していない ・ している (具体的に：)

- ⑫ 仕事について教えてください。下記に○をしてください。

- お仕事はしていますか？ していない ・ している ・ 専業主婦 ・ 学生 ・ その他
 職業はなんですか？ (職業名：)
 仕事内容は？ 肉体労働 デスクワーク (事務系・PC系) 両方
 営業 (徒歩・車・その他) 出張多い (車・飛行機・新幹線)
 仕事でよくする姿勢、動作はありますか？ 特になし・座位・立位・中腰・反復動作・車の運転・その他

- ⑬ 当院からお知らせはがきなど、ご連絡する場合がありますがよろしいですか？ はい ・ いいえ
 当院の技術向上の為、写真・動画撮影をお願いすることがありますがよろしいですか？ はい ・ いいえ
 技術向上の為、スタッフの治療見学をお願いすることがありますがよろしいですか？ はい ・ いいえ

- ⑭ 最後に伝えておきたい事がありましたらご記入ください。

※上記項目は症状を改善するため、近隣医療機関と連携するためにすべての必要な項目になります。
 言葉で表現するのが難しい場合は問診時に細かく伺いますが、できるだけすべての項目をご記入ください。
 ※上記で知り得た個人情報、治療目的以外には使用いたしません。