永山ペインクリニック予診票

下記の項目に記入し、服用中のお薬がございましたら受付に出して下さい。

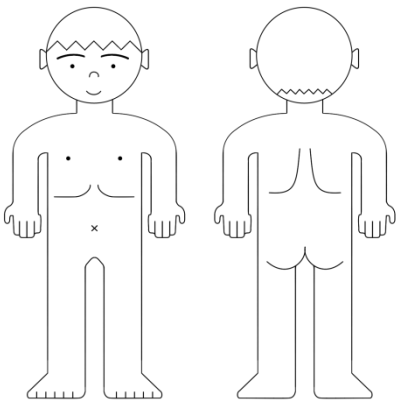
ふりがな 氏名	職種

１．薬や注射でアレルギーになったことがありますか？　□ある　□ない

２．旭川ペインクリニック病院（旧旭川麻酔科病院）、神居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

３．本日は、どのような症状で受診されましたか？症状にあてはまるものにチェックし、症状のある体の部位に印を付けてください。



□いたみ　□かゆみ　□みずぶくれ　□けいれん
□シビレ　□めまい　□くしゃみ　□麻痺
□ひえ　□みみなり　□はなみず
□その他（　　）

４．この症状はいつからありますか？

５．この症状で今までに、どんな治療を受けましたか？

どこで（病院、治療院）	期　間	診　断
	から　まで	

治療内容　□のみ薬　□注射　□湿布　□ハリ　□牽引　□その他（　　）

６．上記以外の病気で現在治療中ですか？

□はい	□いいえ
□高血圧　□糖尿病　□喘息　□心臓　□脳卒中　□肝臓　□腎　□肺 □その他（　　）	

７．過去に入院治療や手術をしたことがありますか？

□はい		□いいえ
病名　： 病院名： 病院名：	何歳の時： 手術（有・無）	

８．ガンが、もし見つかった場合の告知について、ご希望をお尋ねします。
どなたに告知を希望しますか？

□本人に　□家族（　　）に