

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。

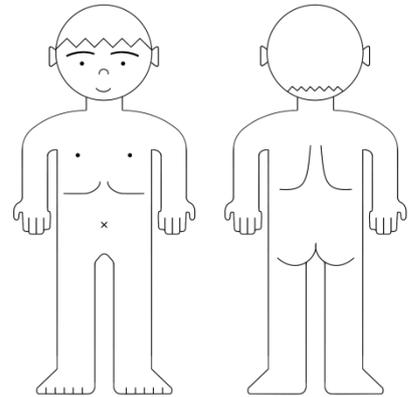
ふりがな..... 氏名	職種		
身長	cm	体重	kg

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？

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 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？

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
病名 :	何歳の時 :
病院名 :	手術（有・無）

裏面に続く

