

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。

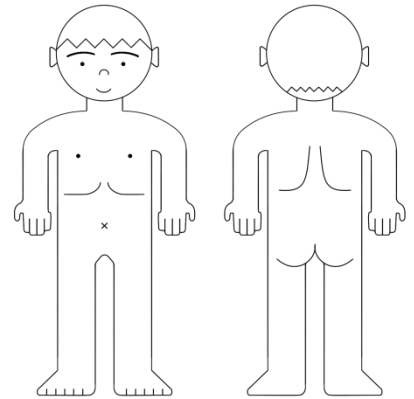
| | | | |
|-----------------|----|----|----|
| ふりがな..... 氏名 | 職種 | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg |

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

