

ペインクリニック問診表

ふりがな

氏名 _____

年齢 _____ 歳

性別 _____ 男・女

身長 _____ cm

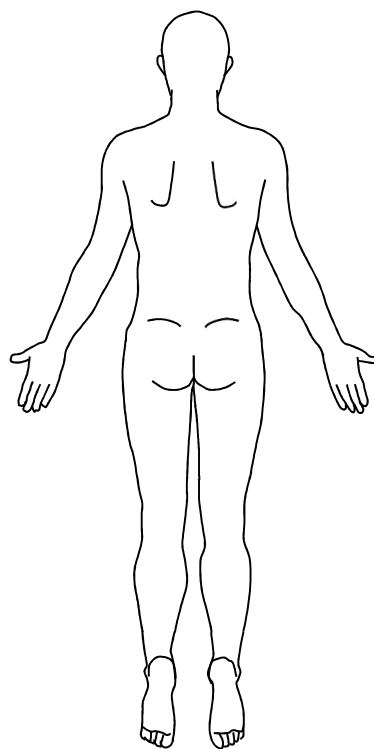
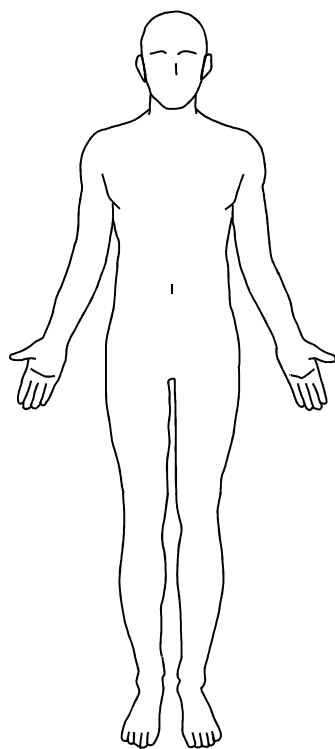
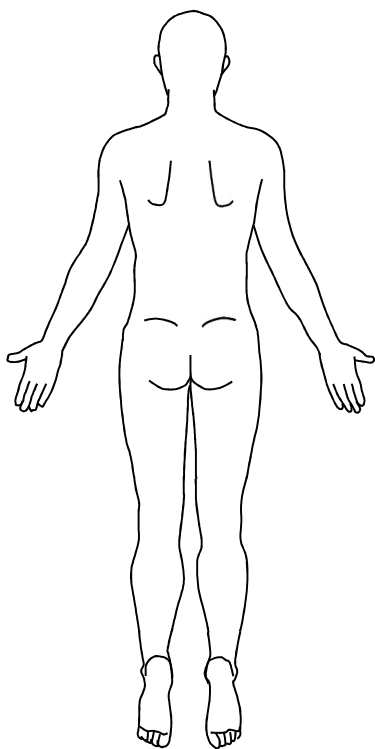
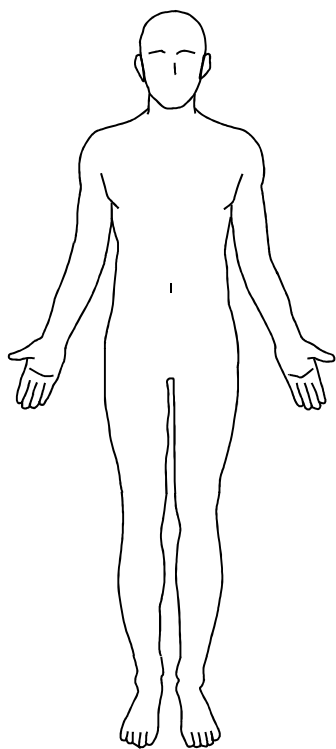
体重 _____ kg

職業（内容も具体的に） _____

1. どのようなことがお困りで来院されましたか？（例、痛みで仰向けになれない 痛みでゴルフができない）

2. 痛みのある部位を  で示してください

しびれなどある部位を  で示してください



3. 症状はそれぞれいつ頃からでしたか？（例、痛みは〇年〇月〇日から しびれが〇年前から）

4. 症状が出たきっかけや状況があれば記入してください

5. 夜は眠れますか？○をつけてください。

痛みなど症状があり眠れない

元々眠れない

眠れている

6. 食事はとれますか？○をつけてください。

痛みなど症状があり食べたくない/食べられない

食べられる

7. 痛みのある方にお聞きします。

①痛みはどのような痛みですか？

②今の痛みの程度を数字（0～10）で記入してください（痛みなし：0点 これ以上ない痛み：10点） _____点

③該当する状況における痛みの程度を数字で記入してください 安静時 _____点 動作時 _____点

④動作時に痛みがある場合、どのような動作をすると痛みが強くなりますか？

⑤痛みは決まった時間帯、季節、周期などで変化しますか？（例、雨 夕方 仕事の時 生理中など）

⑥痛みはどういった時に楽になりますか？（例、お風呂に入るとき）

8. お困りの症状に対して、今まで受けられた治療を効果も併せて記入してください

・薬剤名

・その他神経ブロックなど

9. 今までにかかった病気や、現在も通院している病気がありますか？

・いいえ

・はい 手術（具体的に _____）
がん（具体的に _____）
糖尿病（ _____ 歳） 高血圧（ _____ 歳） 狭心症/心筋梗塞（ _____ 歳）
不整脈（ _____ 歳） 脳梗塞/出血（ _____ 歳） 閉塞性動脈硬化症（ _____ 歳）
精神科/心療内科（ _____ 歳） 前立腺肥大症（ _____ 歳） 腎臓病/透析（ _____ 歳）
圧迫骨折/骨粗鬆症（ _____ 歳） 交通事故（ _____ 歳） ぎっくり腰（ _____ 歳）
その他（ _____ ）

10. 現在内服している薬を記入してください（次回以降も受診時は必ずお薬手帳をお持ちください）

11. 今まで歯科治療などで血が止まりにくかったことはありますか？○をつけてください

はい

いいえ

12. アレルギー（薬、食べ物、金属など）はありますか？あれば○をつけて記入してください

・いいえ

・はい（具体的に _____）