

☆麻酔科痛み外来問診票☆ 記入日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 才 職業 \_\_\_\_\_  
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 診てもらいたいところを  
右図に○印をつけてください。

2. あてはまる症状に○をつけてください。

- 1) 痛み    2) しびれ    3) 腫れ  
4) その他 ( )

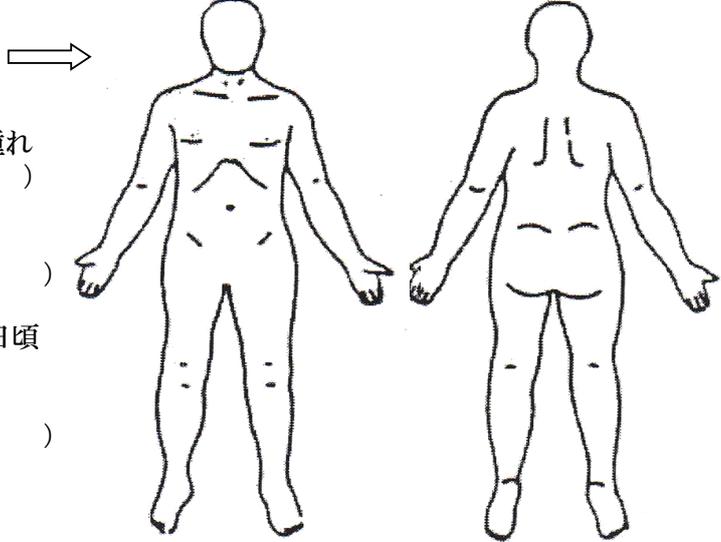
3. どんな時に感じますか?  
( )

4. いつからですか?    年    月    日頃

5. 思い当たる原因はありますか?  
( )

6. この症状に対して治療をしていましたか?

- 1) していない  
2) していた    病院名 ( )  
治療内容 ( )



7. 食欲 (旺盛・ふつう・減った)    便秘 (    日    回    便秘薬使用)  
タバコ [吸わない・やめた・吸う (1日    本)]    お酒 ( 飲まない・たまに・毎日 )

喫煙状況:紙巻きタバコ (種類:    ) (一日使用数:    本 /    年)
加熱式タバコ等 (種類:    ) (一日使用数:    /    年)
電子タバコの使用有無 ( 有り・無し )
※喫煙されている方 ★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入お願い致します。
禁煙状況: (    年前 /    ヶ月前 /    日前 から禁煙 )
受動喫煙状況:同居者で喫煙している人はいますか。(喫煙者の続柄:    )

8. 今までにかかったことのある病気やケガはありますか?

- 高血圧    糖尿病    心臓病    脳卒中    不整脈  
高脂血症    肝炎    肺結核    痛風    ぜんそく  
胃十二指腸潰瘍    その他 (    )

現在、他の病院等に入院中ですか? はい    .    いいえ
医療機関名: 6ヶ月以内に海外へ行かれたか? いいえ・はい(国名:    )

9. 現在服用されている薬がありますか? 1) ない  
2) ある (    )

※お薬手帳を出してください。    3) お薬手帳忘れ

10. 薬でアレルギーはありますか?

- 1) ない  
2) ある    ※どんな薬ですか? (種類:       いつ頃:    )

11. 入院・手術をしたことがありますか?

- 年    月    病名 (    )    病院名 (    )  
年    月    病名 (    )    病院名 (    )

12. 麻酔(歯科麻酔を含む)で気分を悪くしたことがありますか? 1) ない    3) 経験無し  
2) ある (    )    麻酔

13. 女性の方へ)現在妊娠中ですか? 1) いいえ    2) はい (妊娠    週)

14. 体内に金属が入っていますか? 1) いいえ    2) はい (    )

15. マイナ保険証による診療情報に同意しましたか? 1) いいえ    2) はい

16. 他の医療機関からの紹介状はありますか? 1) いいえ    2) はい (    )

17. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診していますか?  
1) いいえ    2) はい (受診時期    指摘事項    )

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。