みつはたペインクリニック
MITSUHATA PAINCLINIC

保	受	医	限	マ

問　診　票

年　　月　　日

ふりがな　　：　　身長＿＿＿＿＿＿

お名前　　：　　体重＿＿＿＿＿＿

生年月日　　：（大正・昭和・平成）　　年　　月　　日

郵便番号　　：

住所：

連絡先（Tel）　　：

緊急連絡先（Tel）　：

★薬剤のアレルギーはありますか？　ある　・　ない

あれば原因物質（薬剤）の名前をお書きください

（　　）

★歯科で治療する時の局所麻酔薬・内服薬・注射薬で具合が悪くなったことはありますか？

ある・ない

あれば薬剤名をお書きください（　　）

★現在飲んでいる薬はありますか？　ある　・　ない

服用中の方でお薬手帳のある方は提出して下さい。

お薬手帳のない方は服用中の薬剤名を記入して下さい

（　　）

その中に血をサラサラにする薬はありますか？　ある　・　ない（例：バイアスピリン・イグザレルトなど）

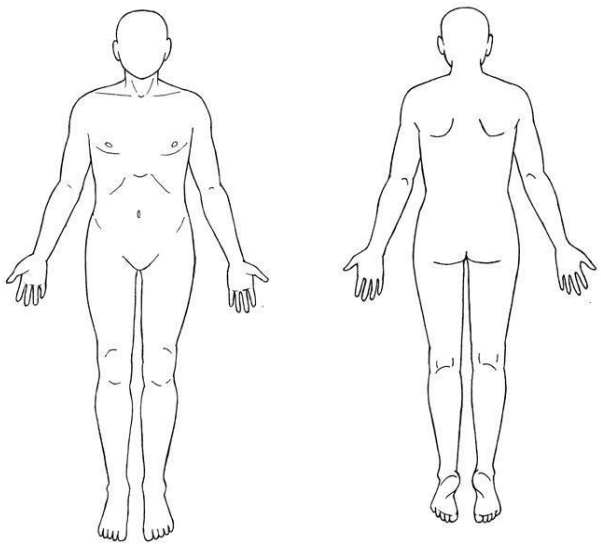
★今までに治療した病気や現在治療している病気があれば教えてください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳）・＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳）・＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳）

★現在、一番困っている症状は何ですか？

★あなたの痛い場所はどこですか？下の図に印をつけてください。また、いつから痛みが続いていますか？



★今までに他の病院や医院で痛みの治療をしたことがありますか？　ある　・　なし

（紹介状など：　あり　・　なし　　/　　ＣＤ（MRI 画像）：　あり　・　なし　　）

病院名：

診断名：

★治療によっては（ブロック注射など）初回に採血が必要です。

感染症の有無を調べる為の大切な検査ですので、ご協力お願い致します。

★採血の際に、消毒薬やアルコール綿で皮膚が赤くなったり、かぶれたりしますか？

はい・いいえ

★当院にお越しになられたきっかけを教えてください。

□当クリニックホームページ　　□雑誌・本などの記事により　　□日本仙腸研究会のサイト

□知人・友人からの紹介　　□身内の人からの紹介　　□その他（　　）