

記入日：令和 年 月 日

済生会西条病院

患者番号：

氏 名：

ペインクリニック外科問診票（痛みの患者さん用）

診療の助けにいたしますので、わかる範囲で結構ですから下記の質問にお答えください。

1. どこが痛みますか。痛みの部位を右の図に記入してください。

2. いつから痛みが起きましたか。

3. 痛みが起こった契機がありましたか。

（ あった ・ なかった ）

あった方は具体的な契機を記入してください。

4. 痛みは強くなっていますか。

（強くなっている・変わらない・軽くなっている）

5. どのような痛みですか。

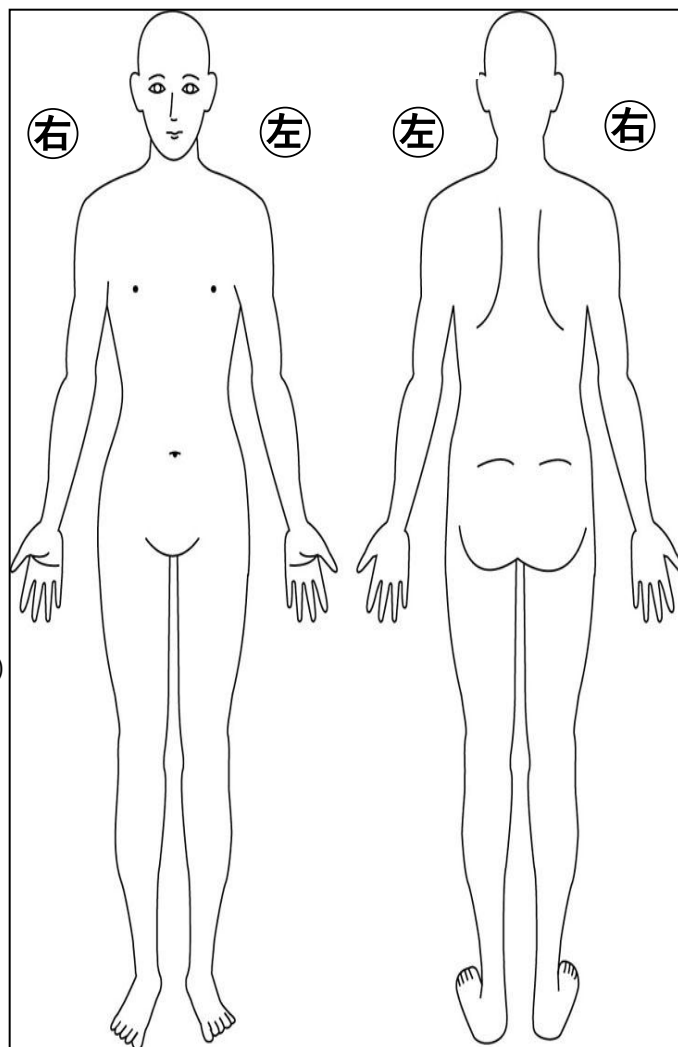
6. 痛みはいつもありますか。

（ いつもある ・ いつもではない ）

7. どのような場合に痛みが強くなったり、軽くなったりしますか。

【強くなる場合】

【軽くなる場合】



8. 痛みの強さはどのくらいですか。

(強い ・ まあまあ強い ・ 軽い)

9. 痛みのために、日常生活に支障がありますか。

(ある ・ ない)

10. 今までにこの痛みのために治療を受けたことがありますか。

(ある ・ ない)

『ある』と答えた方に質問です。

・どのように診断されましたか。

・どのような治療を受けましたか。

11. 要望等がございましたらご自由に記入ください。

● お薬手帳は持参していますか 【 はい ・ いいえ 】

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。

マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか。 【 はい ・ いいえ 】

ご協力ありがとうございました。