

# 予 診 票

ふりがな 氏 名	身 長	cm	嗜好 ○をしてください タバコ ・ 酒	ご職業
	体 重	kg		
	利き手	右 ・ 左		

痛みを正しく診断するために予診票へのご記入をお願いします。

◆マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか。  
○はい ○いいえ

◆当院を何でお知りになりましたか。

○他院紹介（○紹介状あり ○なし） ○知人 ○家人 ○看板 ○電話帳  
○メール相談 ○広告媒体 ○当院ホームページ ○当院SNS ○他インターネット  
○当院ダイレクトメール ○受診歴あり

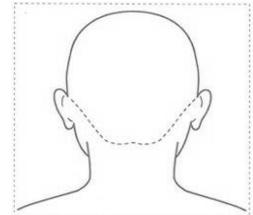
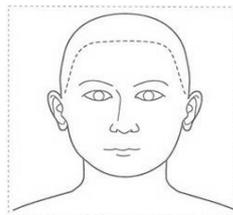
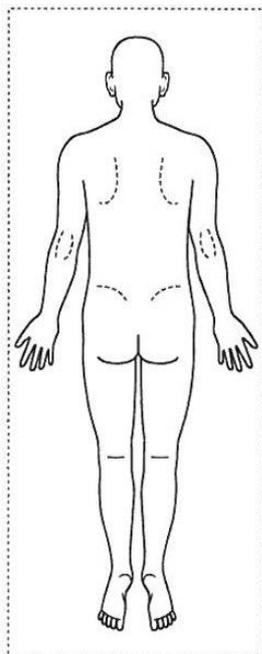
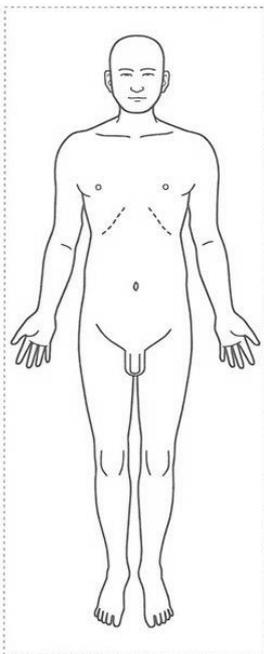
◆車の運転はされますか。

○はい（今日も車を運転して来院している） ○いいえ

◆今回の症状が次によるものの方はチェックをしてください。

○交通事故 ○労務上の災害 ○けが（ころんだ、打った、ぶつけた、ねんざ）

◆痛いところ、調子の悪いところに印をつけてください。



症状記入欄	

発病したのはいつからですか。

（ ）

◆今回の症状の治療歴をお書きください。

どこで（病院・治療院）（ ）  
期 間 （ ）  
診断名 （ ）

裏面に続く

◆今かかっている病気、今までかかった病気、受けた手術内容、時期など  
お分かりになる範囲でお書きください。

- 高血圧 心臓病 不整脈 ペースメーカー挿入 肺の疾患 喘息 糖尿病  
高コレステロール血症 肝臓病 腎臓病 脳卒中 癌(がん) うつ病  
緑内障 インプラント治療 ステント治療 膠原病 リウマチ 神経難病  
手術 ( )  
その他 ( )  
入院歴(数年以内) ( )

◆今、他院からもらっているお薬がありますか。 ( はい ・ いいえ )  
お薬手帳あるいは薬そのものをお持ちでしたら、窓口にお出しください。

- 血液をさらさらにするお薬は飲まれていますか。 ( はい ・ いいえ )  
(ワーファリン、バイアスピリン、パナルジン、プラビックス、ブラザキサ、イグザレルト、  
エリキュースなど)

◆薬・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。 ( はい ・ いいえ )  
その内容について ( )

◆直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診など)を受けられましたか。  
マイナ保険証の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。  
受けた(健診名: 　　　　　　　　　　　いつ頃: 　年　月頃) 受けていない

◆女性の方のみお尋ねします。  
妊娠されている可能性はありますか。 ( はい ・ いいえ )  
わからない場合は最終月経日をお書きください。 ( 　年　月　日 )  
授乳中ですか。 ( はい ・ いいえ )

◆病状をご本人以外で説明してよい方をお書きください。 ( 続柄 )

◆がん告知についてのご希望をお尋ねします。  
自分にすべてしてほしい 自分には知らせず家人にしてほしい

◆治療の内容の希望をお尋ねします。  
ブロック注射治療 希望する 希望しない(お薬やリハビリで治療をしたい)  
MRIやCTなどの検査 希望する 希望しない  
その他 ( )

◆記入していただいたデータ並びに検査の結果などにつきましては痛み診療向上のため個人が特  
定されない形で学会発表・論文などで使用させていただくことに同意をお願いします。  
同意する 同意しない

- ★ 患者情報保護法に従った病院内の取り組み方についての広報が院内入り口に掲示してあります。  
必ず目をお通してください。
- ★ 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します。

旭川ペインクリニック病院