

ID : _____

はじめて来院された方へ

令和 年 月 日

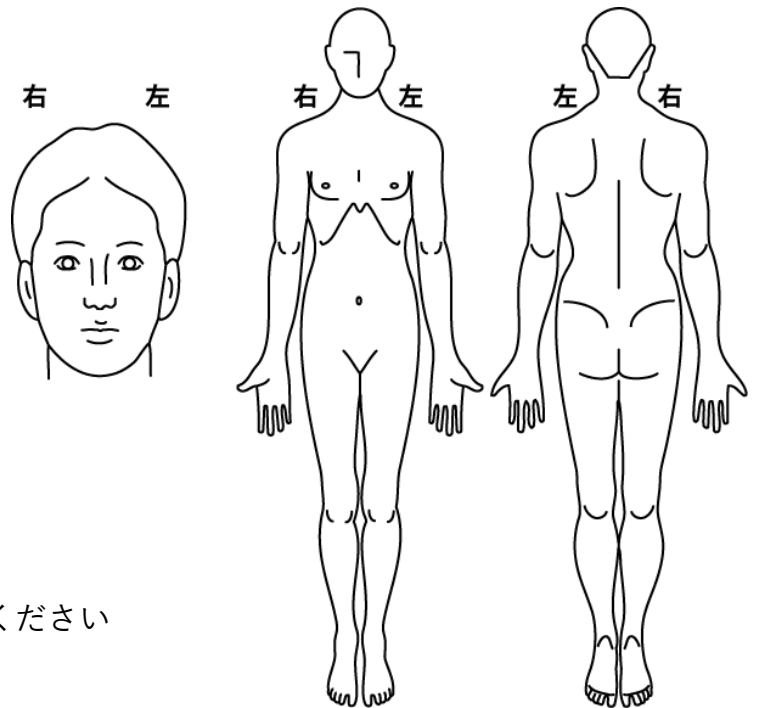
カナ			男 女	大・昭・平・令 年 月 日生			
氏名				年齢	歳	職業	
住所	〒 -			電話 ()			
				携帯電話 ()			
身長	cm	体重	kg				

どのような症状がありますか？（当てはまる症状に○を付けてください）

痛み・しびれ・感覚障害・運動障害・その他（具体的に記入してください）

この症状がある場所はどこですか？

右図に記入してください。



この症状はいつからですか？

- ・ 年 月 日ごろから
- ・ () 年前から

症状が痛みの方にお聞きします

あなたの痛みの程度を表す数字に○をつけてください

(痛みなし)

(最悪の痛み)

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

この症状により日常生活で一番困っていることは何ですか？

この症状に対して何か治療をされたことがありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある（ある場合は具体的にいつ、どこで、どのような治療をしたかを記入してください）

<裏に続く>

他の医療機関からの紹介状がありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある

（女性の方）現在妊娠中または授乳中ですか？（○を付けてください）

- ・ いいえ
- ・ はい

（40歳以上の方）この1年間で特定健診か高齢者健診を受診しましたか？（○を付けてください）

- ・ いいえ
- ・ はい

現在治療中の病気や、これまでに手術や治療をした病気がありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある（ある場合は具体的に記入してください（例）平成15年 狭心症でステント治療 広島市民病院）

現在服用中の薬がありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある（ある場合は具体的に記入していただくか、お薬手帳などを見せてください）

薬や食べ物などにアレルギーがありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある（ある場合は具体的に記入してください）

血が止まりにくかった経験がありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある

あなたがこの症状をよく相談する人はどなたですか？（○を付けてください）

配偶者（夫、妻）・親・子供・その他（ ）

<次項に続く>

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？（○を付けてください）

- ・ はい
- ・ いいえ
- ・ マイナ保険証を持っていない

当院をどのようにして知りましたか？（○を付けてください）

他院からの紹介・知人からの紹介・通りがかり・チラシ・バスや電車の放送・インターネット
その他（ ）

その他気になることやご希望があればご記入ください

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いたします。

◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

加算1（初診） 4点（マイナ保険証を利用しない場合）

加算2（初診） 2点

痛みの性質に関する質問票

令和 年 月 日

ID : _____ 氏名: _____

痛みの性質に関して以下の質問にお答えください。
それぞれの質問に対し、該当する□に印を付けてください。

1) 針で刺されるような痛みがある

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

2) 電気が走るような痛みがある

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

3) 焼けるようなひりひりする痛みがある

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

4) しびれの強い痛みがある

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

5) 衣類が擦れたり、冷風に当たったりするだけで痛みが走る

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

6) 痛みの部位の感覚が低下していたり、過敏になっていたりする

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

7) 痛みの部位の皮膚がむくんだり、赤や赤紫に変色したりする

全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある