

## 問 診 票

ふりがな

名前 年齢 才(男・女) 生年月日 年 月 日

住所 〒

電話 ( ) 身長 cm 体重 kg

1. 診察してほしい所はどこですか？  
頭 首 背中 肩 胸 肘 手 腰 膝 足 その他( )
2. どのような症状がありますか？  
痛い しびれる おもし 動きが悪い 変形 その他( )
3. いつごろですか？ 月 日より  
本日 昨日 2・3日前 一週前 数週前 数ヶ月前 その他( )
4. 症状が強いのはいつですか？  
いつも 朝方 動作時 安静時 夜間
5. 思いあたる原因はありますか？  
なし あり( )
6. 今回の症状に関して他の病院や診療所などで治療を受けたことがありますか？  
なし あり 病院名( ) 治療内容( )
7. 仕事はされていますか？また以前にしていた仕事はありますか？  
なし あり/仕事の内容( ) 以前の仕事の内容( )
8. スポーツはしていますか？  
なし あり/スポーツの種類( )
9. 今までにかかった病気や受けた手術、現在治療の疾患はありますか？  
なし  
あり 喘息 糖尿病 胃・十二指腸潰瘍 高血圧 心臓病 腎臓病  
高脂血症 脳梗塞・出血 悪性腫瘍( )  
 その他( )  
 手術名( )
10. 薬剤に対するアレルギーはありますか？  
なし あり/薬品名( )
11. 現在飲んでいる薬がありますか？ 本日お薬手帳はお持ちですか？お持ちの方は提出お願いします。  
なし あり/薬品名( )
12. 歯医者で治療の際、麻酔を受けたことがありますか？  
なし あり【あり】の方はその際具合が悪くなったことはありますか？ なし あり
13. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？  
なし あり 不明
14. 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？  
TV 雑誌 ホームページ 看板 家族又は知人の紹介(お名前: )

★ 保険証は写しをとらせていただきます。何かご不明な点があればお問い合わせください。

◎頭痛・胸部痛・腹痛・打撲の症状はありますか？

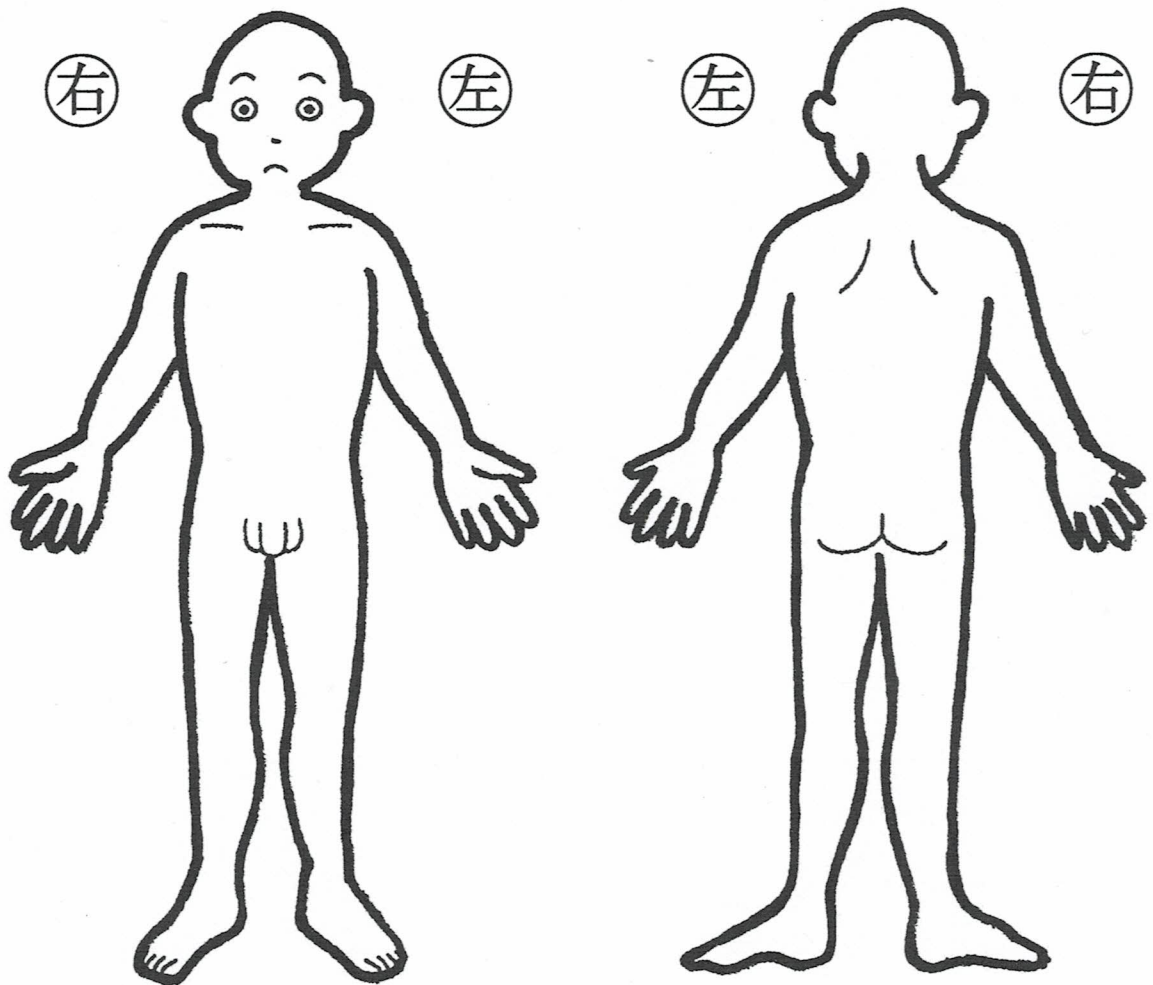
◎コロナワクチン接種 無・有（ 回）

◎1週間以内にインフルエンザ、带状疱疹等の予防接種を受けましたか？（はい・いいえ）

◎痛み・しびれ等、症状のある所を赤で印をしてください。

名前

様 日付



前

後ろ

## 当クリニックにおける治療・施術の一般的注意事項のご説明および同意書

当クリニックでは細心の注意を払って治療および施術を行います。以下に挙げる一般的注意事項につきご理解いただきますようお願い申し上げます。

1. 注射療法では、針を刺入するときや薬液を注入するときに痛みを生じます。個人差もありますが、我慢できないほど強い痛みとなることはほとんどありません。
2. 適正な治療法を選択の上、正しい治療を行います。その効果には個人差があることをご理解ください。
3. 注射針を刺入した部位やその近傍に内出血、細菌による感染(化膿)が起こることがあります。注射したところが赤く腫れてひどく痛んだり、発熱した場合には速やかに近隣の医療機関を受診してください。
4. 治療で使用する消毒薬や超音波用ゼリーによって、ごくまれにアレルギー反応が起こることがあります。
5. あらゆる治療は安全を期しておこないますが、治療中あるいは治療後に全身状態の急変など、当クリニックで対応できない事態が発生した場合には他の医療施設にご紹介、あるいは緊急搬送させていただくことがあります。
6. 現在、抗凝固療法(血液をさらさらにする薬)、糖尿病治療薬、その他の常備薬や処方薬を内服されている方、あるいはすでに申告いただいている内容の変更がありましたら、必ずお申し出ください。
7. 超音波画像、動画及び治療経過を学会、論文、書籍等に公表することがあります。  
(個人名は特定されません。)

私は、上記説明事項について十分に理解した上で治療を受けることを承諾しました。

年 月 日

患者様 氏名 ① 年 月 日生( 歳)

患者様 住所

同意者 氏名 ① 年 月 日生(続柄 )

※ 患者様が未成年の場合や同意(承諾)能力がない場合には、同意書のみで署名可。

※ 印鑑なき場合は署名のみ可。

木村ペインクリニック

TEL 027-220-1055 FAX 027-220-1058