

寺田痛みのクリニック 問診表（帯状疱疹用）

ID : _____

ふりがな

生年月日： 昭・平・令 年 月 日 (男・女)

受診者名： _____

職種： _____

〒

携帯電話： _____

ご住所： _____

その他電話： _____

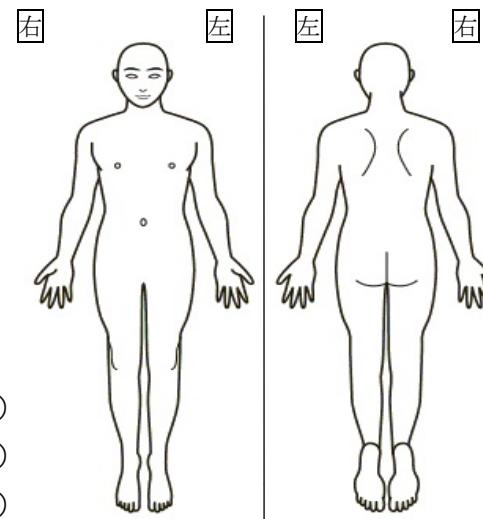
ふりがな

体調不良時

連絡先氏名： _____ 続柄： _____

連絡先ご住所： 同居 · 浜松市内 · 浜松市外

連絡先電話： _____



【1】 発疹・赤みはどこに出ましたか？(右の図に示してください)

・いつ発疹・赤みに気付きましたか？(月 日頃)

・痛みの種類を教えてください

(ヒリヒリ・チクチク・ズキン・触れるだけで痛い)

(その他：)

・この症状で受診された医療機関があれば教えてください

(医療機関名：)

(行った治療：内服処方・注射・電気治療・その他：)

(処 方 薬：)

【2】 来院目的・要望する治療をご記入ください(複数選択可)

(医師に任せる・プロック注射・内服のみ(注射は希望しない)・病気の説明・鍼灸・その他：)

【3】 過去にかかった事のある病気や現在治療中の病気に○をつけてください。

また、いつ頃からかご記入ください。() 内は疾患名をご記入下さい。

・ 緑内障	歳	・ 糖尿病	歳	【HbA1c :	】 検査日 /
・ 心臓血管疾患	歳 ()	・ 前立腺肥大	歳	…DM 手帳 有・無	
・ 脳血管疾患	歳 ()	・ 哮息・アレルギー	歳		
・ 高血圧	歳	・ その他の病気・手術 ()			

【4】 現在お飲みになっている薬はありますか？(他院、他科、市販薬を含めて)

血が止まりにくくなる薬はお飲みになっていますか？(ワーファリン・エフィエント・リクシアナ・その他)

【5】 飲み薬、注射、消毒などでアレルギーなどの副作用はありますか？○をつけてください。

(造影剤・局所麻酔薬・アルコール消毒・絆創膏かぶれ・湿布かぶれ・金属アレルギー・その他)

【6】 ご両親、ご兄弟にご病気の方はいらっしゃいますか？○をつけてください。

(糖尿病・高血圧・アレルギー・喘息・神経筋肉疾患・その他)

【7】 微熱が続いているですか？(はい・いいえ)

【8】 せきが続いているですか？(はい・いいえ)

【9】 1週間以内に予防接種はされていますか？(はい・いいえ) … インフルエンザ・コロナ・帯状疱疹・その他

【10】 <女性にお伺いします> 現在、妊娠・授乳されていますか？(はい・いいえ)

【11】 介護保険の認定はされていますか？(はい・いいえ) … 要支援() 要介護()