

寺田痛みのクリニック 問診表（带状疱疹用）

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: _____

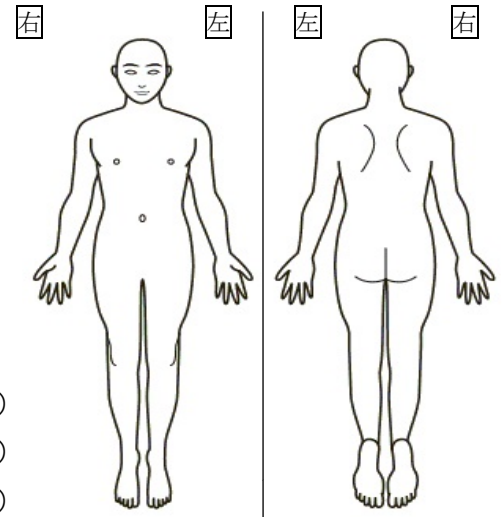
ふりがな

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・赤みに気づきましたか？（ 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・ブロック注射・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（ ） ・喘息・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】 微熱が続いていますか？ （はい・いいえ）

【8】 せきが続いていますか？ （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・带状疱疹・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（ ）