横浜市立大学附属市民総合医療センター麻酔科ペインクリニック初診患者の皆様にお願いいたします

診察前問診票記入と検査結果持参のお願い

横浜市立大学市民総合医療センター
ペインクリニック内科
臨床責任者 小島圭子

当科では、患者さんの痛みを全人的に診るために、すべての患者さんに様々な質問票にご記入いただいております。初診当日は、これらの質問票などに基づいて、さらに詳しい診察を行います。来院時の時間を効率的に用いるため、事前に問診票の記入をお願いしております。**問診票はご自身で印刷し、記入の上、初診日にお持ちいただきますよう、お願い申し上げます。**なお、内容について不明な点がございましたら、空欄のままで結構です。
初診日当日、お持ちにならなかった場合には、その場で再度ご記入いただくことになります。その結果、診察時間が削られてしまい、診断や治療がその日のうちに終わらないこともありますので、ご協力をお願いいたします。

※ なお、予約日に連絡なく来院されなかった場合は、

予約はキャンセル扱いとなります。

その場合、再度紹介状を作成した医療機関から当院へ連絡して、予約を取り直すことになりますので、ご注意ください。

痛みの診察には、様々な角度から診察をする必要があります。初診当日は、**ご自宅にある検査結果を（痛みとは関係ない検査であっても）すべて持参していただくようお願いいたします。（採血結果、レントゲン写真、CT,MRI 結果の CD や DVD など）**
また、基本的に初診時は、本人の日常生活が分かるご家族などのお付き添いを可能な限りお願いいたします。

～初診日にご持参いただくもの～

□紹介状 □検査結果（DVD、CD など） □初診時問診票 □お薬手帳 □予約票

※車での来院の場合は、混雑するため早めにご来院ください。
※初診当日は**8：30**に来院し、1階 1 番窓口「初診予約受付」にて受付をお願い致します。
※当科ではチーム医療を行っており、主治医を選択することは出来ませんので予めご了承いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

横浜市大市民総合医療センター

ペインクリニック

初診時問診票

問診票は、患者さんが苦しんでいる痛みについて私たちが問題点を理解しやすくするためのものです。質問の数が多いですが、重要なものばかりですので、注意深く読んで、答えをはっきり書いてください。

もし、特別に書きたいことがあれば、余白などを自由に使ってください。

患者さんの痛みを最も良く知っているのは患者さん自身ですから、できるかぎり自分一人で仕上げてください。個人のプライバシーが外部にもれたり、治療上不利益になることは決してありませんので、ありのままをお答えください。

記入日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

A: 基礎情報

1. 今回、受診したのはどなたでしょうか

a. 本人　b. 配偶者　c. 家族　d. **その他**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 記入するのはご本人ですか

a. 本人　b. 配偶者　c. 家族　d. **その他**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

B: 照会情報

1. あなたはどのようにしてこちらの外来診療をお知りになりましたか

a. 紹介元医師　b. 友人　c. インターネット　d. 新聞雑誌

e. **その他**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. かかりつけの医師（からだの調子が悪いときに診てもらう医者）はいますか

a. いいえ

b. はい　以下を記載してください

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　科＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

C: 個人的な基礎情報

1. 最終学歴

a. 高校以下　b. 高校卒　c. 専門学校卒　d. 短大卒　e. 大学卒　f. 大学院以上

2. 誰と一緒に住んでいますか

名前	関係（例、父）	名前	関係（例、父）

3. 一緒に住んでいない家族について、名前、性別、年齢、職業を教えてください

名前	性別	年齢	職業

D: 労働関係情報

1. 現在働いていない場合、最後に仕事をしたのはいつですか

（西暦）＿＿＿＿年＿＿＿月頃

2. 配偶者の職業は何ですか＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E: 財政情報

1. あなたの医療費を払っているのはどなたですか

a. 本人　b. 家族　c. 保険会社　d. 分からない　e. **その他**

2. 補償金や慰謝料などを欲しいと考えていますか

a. はい　b. いいえ

F: 痛みについての情報

1. 痛み、症状はいつからありますか

（西暦）＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

2. 私たちに力を貸してもらいたいと、あなたが思っている問題は何ですか
そうでない場合、一番困っている問題は何ですか

＿＿＿＿＿

6. 痛み・症状を起こすような動作がありますか　　いいえ ・ はい
もしあるなら説明してください

_____

_____

7. 身体のどこかに、触れたりこすったりすると、痛みを引き起こしたり悪化させたりする場所がありますか
いいえ ・ はい
もしあるなら、どこですか_____

8. 一日の中で、痛み・症状が良くなったり悪くなったりする時間がありますか
良くなる時間　ない・ある（具体的に）_____
悪くなる時間　ない・ある（具体的に）_____

9. 痛みの程度はどのように変化してきましたか
a. 痛みが始まって以来、変わらない
b. だんだん悪くなってきた
c. だんだん良くなってきた
d. 良くなったり悪くなったりを繰り返してきた

H: 痛みが活動に及ぼす影響

1. 痛みが出現する前にどのくらい歩けましたか
a. 2~3km　b. 1km　c. 300m 程度　d. 100m 程度　e. 10m 程度

2. 普段は何時に寝ますか_____時ごろ

3. 普段は何時に起きますか_____時ごろ

4. 痛みのせいで夜何回目が覚めますか_____回

5. 普段の一般的な日中の行動について教えてください
（午前）_____
（午後）_____

6. 食事について教えてください

食事をとるのは→　規則的 ・ 不規則

食事時間は→　（朝：＿＿＿時　　昼：＿＿＿時　　夕：＿＿＿時　）

食事で気をつけていることはありますか（例：カロリーを控えめにしているなど）

（＿＿＿

3. その痛み・症状のために、これまでに受診した病院・診療所・接骨院・マッサージなどを教えてください

治療期間	治療施設	受診頻度	1 回にかかった治療費	自己負担割合
（記入例）2013.2～2014.3	*○○病院△△科*	*2 回/月*	*平均額 5000 円*	*3 割*

4. 以下に挙げる治療のうち、あなたが痛みのために試みたものに対し、それぞれの結果について数字を選んでください

（1: とても有効　2: やや有効　3: 無効　4: 痛みは悪化した　0: 試みていない）

a. 精神安定剤　（1　2　3　4　0）
b. 鎮痛剤　（1　2　3　4　0）
c. 牽引　（1　2　3　4　0）
d. コルセット　（1　2　3　4　0）
e. 神経ブロック　（1　2　3　4　0）
f. 痛みのある部分への注射　（1　2　3　4　0）
g. 鍼治療　（1　2　3　4　0）
h. マッサージ　（1　2　3　4　0）
i. カイロプラクティック・整体　（1　2　3　4　0）
k. 理学療法　（1　2　3　4　0）
l. 心理療法・カウンセリング　（1　2　3　4　0）
m. バイオフィードバック　（1　2　3　4　0）
n. 催眠療法　（1　2　3　4　0）
o. 低周波刺激装置　（1　2　3　4　0）

5. 他に痛み・症状を減らそうとして、個人的に何か試みたことはありますか

_____

_____

J: 痛みに関する既往

1. 痛みのために病院の救急外来を受診したことは何回ありますか＿＿＿回
2. 痛みに関連した問題で入院したことはありますか＿＿＿回
3. 痛みのために受けた手術を受けたことがありますか＿＿＿回
4. 現在の痛み・症状以外に、痛みを伴った病気への治療を受けたことはありますか
   いいえ　・　はい（具体的に）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5. 痛み治療のために受けた手術を書き出し、それぞれの手術の結果を下にあるアルファベットを用いて記載してください

【結果項目】

a. 手術は完全に成功し、痛みはなくなった
b. 痛みは手術後減少した
c. 痛みは手術後も変わらなかった
d. 痛みは手術後良くなったが、後に再発した
e. 手術により別の痛みが出現した
f. もとの痛みは手術後悪化した

受けた手術	手術した病院	日付	結果

6. 家族や親しい友人に痛みの問題を抱えている人はいますか

a. はい　b. いいえ

K: 全体的な病歴

1. 痛み・症状以外に、他に医療上の問題があれば教えてください。また、そのなかで痛みに影響しているものを丸で囲んでください。

（1）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（4）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（2）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（5）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（3）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（6）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2.　あなたは以下のような医療上の問題がありますか

a. 飲み込みづらい　　b. 声が出ない　　c. 声が変わってしまった

d. 物が二重に見える　　e. 視力が落ちた　f. 目が見えない

g. 失神したことがある　h. 記憶力が落ちた

i. けいれん発作を起こしたことがある

j. 筋肉に力が入りにくい

k. 残尿感がある、または排尿が困難である

l. 吐き気がある　　m. お腹が張る　　n. 下痢をしている

o. 性行為に興味が持てず、違和感がある　p. 性器に痛みがある

s. 動悸・不整脈がある　t. 胸痛がある　　u. めまいが頻繁に起こる

v. 親しい人が最近亡くなったもしくは病気になった

3.　女性の方、生理に問題はありますか

a.　はい　b. いいえ c. 閉経した（＿＿＿歳時）

はいの方は次の質問にもお答えください。

他の人よりもたびたび、または強く起きていると思うものはどれですか

a.　生理痛　b. 生理不順　c. 出血過多