

問 診 表

平成 年 月 日

フリガナ				大正昭和平成	(男性 ・ 女性)
お名前				生年月日	年 月 日 (歳)
フリガナ					
ご住所	〒 - 都 道 府 県		市 区 郡		マンション・アパート名
ご連絡先 (TEL)	自宅 ()	携帯 ()	勤務先 ()	E-mail	@
職種	(立ち仕事の方; 時間 回/週)			出産経験	ない・ある (歳 / 歳 / 歳 / 歳)
身長	cm	体重	kg		

【現在の症状について】

◆ ご希望の相談内容・診療内容の番号に○印をお付けください。(3. はご相談内容をご記入ください)

1. 下肢静脈瘤のご相談(診察・治療) 2. 手術のご相談 3. 血管年齢検査 4. その他()

◆ 当てはまる部位・症状に○印をお付けください。※複数可

部位	左足 ・ 右足	左右差	左 > 右 ・ 左 < 右 ・ 同じ	足の毛細血管は気になりますか?(なる ・ ならない)
症状	1.血管のふくらみ(瘤) 2.血管の色(青・赤) 3.湿疹 4.皮膚の部分変色(茶色 紫など) 5.潰瘍 6.むくみ 7.疲れやすい 8.熱感 9.冷感 10.かゆみ 11.つる 12.痛み(部位) 13.他()			
◆ 症状はいつごろからございましたか?	() 年 / () ヶ月前から / () 歳ごろから			

【既往歴について】

◆ 下記の病気を指摘されたことがある方は○印をお付けください。

ない ・ ある →	1.高血圧 2.糖尿病 3.高脂血症 4.心疾患 5.膠原病 6.喘息 7.不整脈 8.肝炎(B型 C型) 9.ガン(部位:) 10.脳梗塞 11.骨粗鬆症
-----------	--

◆ これまで下肢静脈瘤の診断・治療を受けられたことはございますか? ○印と詳細をご記入ください。

ない ・ ある →	受診日	年 月 日 (歳)	施設名	部位	右足 / 左足
	治療内容	手術(術名:) / 硬化療法 / 弾性ストッキング / 診断のみ			

◆ 上記以外で過去に病気や入院された事はございますか?

ない ・ ある →	病名	
	現状	現在 通院中 / 内服中 / 何もしていない ※該当するものに○印をおつけ下さい

【お薬について】

下記のお薬を内服中の方は○をつけてください

1. 血液をさらさらにする薬 2. ホルモン剤(低用量ピル含む) 3. ステロイド剤 *薬品名 ()

◆ 上記以外に現在内服しているお薬はございますか? ※お薬手帳を提出された方は、ご記入の必要はありません。

ない ・ ある →	薬品名	
-----------	-----	--

【アレルギーについて】

◆ 今までに食品、薬の服用や注射で具合が悪くなられたことはございますか?

ない ・ ある →	薬品名	1. アルコール消毒 2. 歯科麻酔 3. 金属アレルギー 4. 他()
	食品名	1. 大豆 2. 他()
	症状	①気分が悪くなった ②湿疹が出た ③かぶれた ④その他()

【ご家族について】

◆ 血縁者に下肢静脈瘤の方はいらっしゃいますか? ・またエコノミークラス症候群の方はいらっしゃいましたか?

いる ・ いない →	関係	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ 祖父 ・ 祖母
家族構成	1. 単身 2. 夫婦二人 3. 夫婦及び、子供と同居 4. 二世帯 5. その他()	

【来院のきっかけについて教えてください】

1. ホームページ 2. 看板 3. リビング新聞 4. 産経新聞 5. 紹介(知人: 様・口コミ)
6. 紹介(医療機関:) 7. テレビ (ノンストップ・ワイドスクランブル・他) 8. その他()