

問 診 表

20 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成	(男性 ・ 女性)		
お名前				年	月	日 (歳)
フリガナ						
ご住所	〒	—	マンション・アパート名			
ご連絡先	携 帯 ()	—	職 種	(立ち仕事の方： 時間 回/週)		
	自 宅 ()	—		身長	c m	体 重
	勤 務 先 ()	—	出産経験 (出産時年齢)		ない ・ ある	
	メ ー ル	@		歳 / 歳 / 歳 / 歳 他		

【現在の症状について】

◆ 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		
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 / () 月前から / () 歳ごろから			

【既往歴について】

◆ 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？ ある方は○印と詳細をご記入ください。					
ない ・ ある →	受診日	年	月	施設名	部位
	治療内容	手術：〔 保険 ・ 自費 〕 術名 () / 硬化療法 / 弾性ストッキング / 診断のみ			
◆ 下記の病気を指摘されたことはございますか？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・リウマチ 6.喘息 7.不整脈 8.肝炎 (B型 / C型) 9.脳梗塞 10.骨粗鬆症 11.ガン (部位 :) 12.その他 ()				
	現状	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			

【費用に関する希望を教えてください】

1. 最新治療を受けたい 2. 保険の範囲内での治療を受けたい 3. 説明を聞いてから最新治療に決めたい 4. どちらでもいい

【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っ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 ()

【お薬について】

◆ 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
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 4. 骨粗しょう症	

【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】

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 (スーパードクターズ ・ よじごじ ・ 他) 8. その他 ()
