

# 問 診 表

20 年 月 日

フリガナ				( 男性 ・ 女性 )		
お名前		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日 ( 歳 )
フリガナ						
ご住所	〒	—	マンション・アパート名			
	都 道	府 県				
ご連絡先 ※2つ以上 ご記載ください	携 帯 ( )	—	職 種	(立ち仕事の方： 時間 回/週)		
	自 宅 ( )	—	身 長	cm	体 重	kg
	勤 務 先 ( )	—	出 産 経 験	ない ・ ある		
	メ ー ル	@	(出産時年齢)	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	◆ 乾燥していますか？	はい ・ いいえ
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？	( ) 年前から / ( ) ヶ月前から / ( ) 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	右足 / 左足
	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

## 【検査に関する希望を教えてください】

1. 血液検査を希望する 2. 血液検査を希望しない

## 【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 ( )

## 【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 ( すぐ腕ドクター ・ よじごじ ・ 他 ) 8. その他 ( )