

問 診 票

年 月 日

(血管外科)

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成	年 齡	歳
			年 月 日		
住 所	〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー 前回の受診からの変更 (有・無)				
電 話	自宅： ()	携帯電話： ()			
職 業	会社員 ・ 専業主婦 ・ その他 ()				

【1】 本日、来院された理由を教えてください

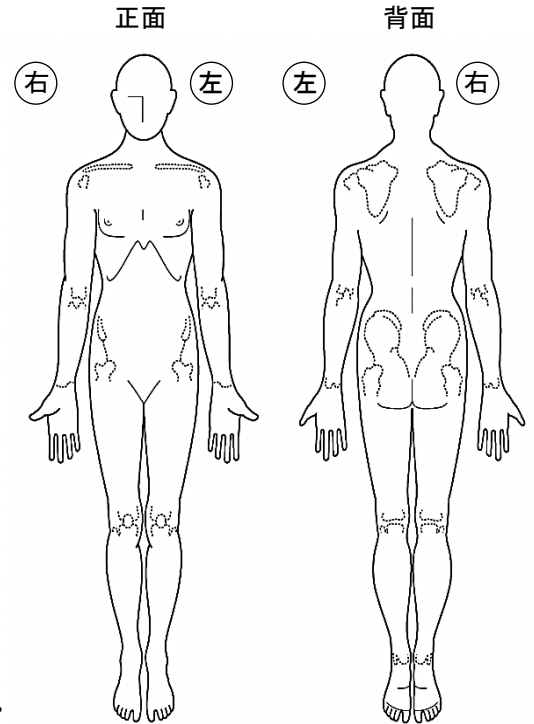
☆見た目が気になる

下肢静脈瘤 (ボコボコした血管 ・ 青く浮いた血管)

☆症状が辛い

痛み ・ 重だるさ ・ こむら返り ・ かゆみ ・ むくみ ・ しびれ ・ 冷え
腫れ ・ 湿疹 ・ 色素沈着 ・ 潰瘍 ・ その他 ()

- 1) いつ頃からですか () 前)
- 2) どの部位ですか 右下の図に○をつけて下さい
- 3) 考えられる原因はありますか
ない
ある 出産 ・ 手術 ・ 立ち仕事 ・ 座り仕事
遺伝 ・ その他 ()



【2】 下肢静脈瘤でお困りの方におたずねします

1) 当院以外で治療を受けられましたか

はい いいえ

⇒はいの場合ご記入下さい

☆病院・医院名

()

☆治療を受けた時期

() 前)

☆治療内容

(静脈抜去術 ・ 血管内焼灼術(レーザーまたは高周波) ・
高位結紮術 ・ 瘤切除術 ・ 硬化療法 ・ 弾性ストッキング)

☆治療を受けた足

(両方 ・ 右 ・ 左)

2) 手術を受けることになった場合どちらを希望されますか

(日帰り ・ 入院)

裏面もご記入下さい

【3】 今回の症状以外で

1) 今までにかかった病気や現在治療中の病気がありますか

ない

ある かかりつけ病院 (医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所)
心臓 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 高血圧 ・ 甲状腺の病気
その他 ()

☆現在飲んでいる薬はありますか (市販薬を含む)

ない

ある 内容 ()

※お薬手帳をお持ちの方は手帳にて内容を確認させていただきます

2) 今までに病気やけがで手術を受けたことがありますか

ない

ある (歳の時) (病院) 診断 () 手術名 ()
(歳の時) (病院) 診断 () 手術名 ()

☆人工物が体内に入っていますか

ない

ある 部位 () 素材 ()

部位 () 素材 ()

【4】 今までに薬・注射・内服薬・造影剤・食物で異常が起こったりアレルギー体質と言われたことはありますか

ない

ある 何が原因で ()
症状は ()

【5】 女性の方におたずねします 現在妊娠や授乳をされていますか

いいえ

はい 妊娠 ・ 授乳 (ヶ月)

【6】 当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

他院からの紹介 (医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所)

他科からの紹介 (科 先生より) ・ 知人の紹介 ・ ホームページを見て
講演会 ・ 市民講座 ・ 雑誌 ・ 新聞 ・ 広告 ・ その他 ()

【7】 診察、治療でのご相談やご協力をして頂ける方(キーパーソン)は、おられますか

いいえ

はい お名前 関係
連絡先 (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他)

介護保険認定：有 ・ 無 ・ 申請中

認定有の方：要支援 () / 地域包括支援センター (施設名 担当者)

要介護 () / ケアマネジャー (施設名 担当者)

連絡先：施設 ・ 携帯 ・ その他 (- -)

【8】 ご質問やご要望などがございましたらご記入ください

()

ご協力ありがとうございました

血管外科センター
問診担当者 ()