

*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	〒 _____							
電 話	自宅： _____ ()		緊急連絡先： _____ ()					
身長： _____ cm 体重： _____ kg 体温： _____ ℃ 職業： _____								

【1】 本日受診された理由を教えてください

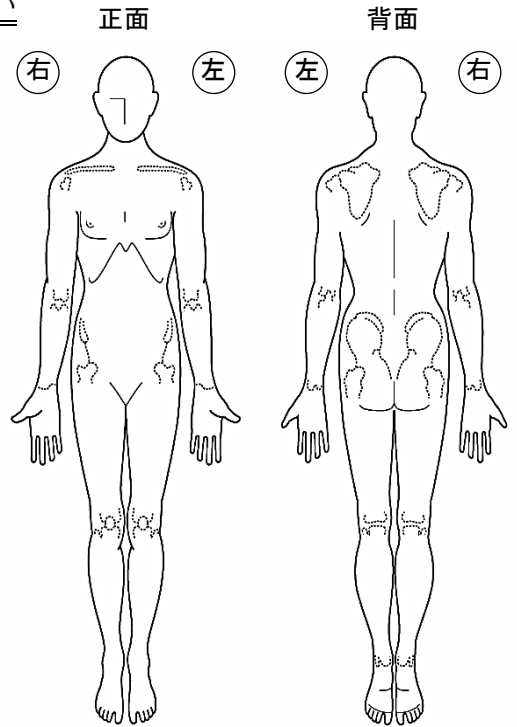
☆見た目が気になる

下肢静脈瘤 (ポコポコした血管・青く浮いた血管)

☆症状がづらい

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

☆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)
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 ()
タウン誌 よみっこ(yomi っこ)・チラシ・ポスター・人間ドック/PET 等検査・近くて便利

【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

医療法人 康仁会
西の京病院 血管外科センター
問診担当者 ()

2019年3月1日改訂