

ふりがな
氏名 (男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生 才

〒 TEL
住所 携帯

身長 c.m. 体重 k.g. 体温 °C 現在 °C

■本日はどうなさいましたか？

いつ頃からですか？ (年 月 日頃から)

具体的な症状を教えてください。

[]

■他院で手術を受けたことはありますか？ (ない・ある) ある方、時期と病名または手術名を教えてください。

いつ頃 (年 月頃)

病名または手術名 ()

■現在治療中、または今までにかかったことのある病気を○で囲んでください。

喘息 (年頃) 肝臓病 (年頃)

高血圧 (年頃) 心臓病 (年頃)

糖尿病 (年頃) 胃潰瘍 (年頃)

腎臓病 (年頃) 虫垂炎 (年頃)

その他 (年頃 病名)

■服用しているお薬はありますか？ (はい ・ いいえ) お薬手帳お持ちの方は受付へお出しください。

(服用薬:)

■今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ (いいえ ・ はい)

ある方は薬・食べ物の名前を教えてください。

()

■嗜好品についてお伺い致します。

・お酒 (呑む ・ 呑まない)

呑む方は大体の量を教えてください。(1日/ 週/ 月/)

・喫煙 (あり ・ なし) 喫煙者の方は吸う本数を教えてください。(1日/ 本)

■**女性**の方へお伺い致します。○をつけてください。

妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい→現在 力月)

授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

月経 (順調 ・ 不順) 最終月経を教えてください。(月 日 ~ 月 日)

閉経 (才) 婚姻歴 (未婚 ・ 既婚) お子様 (人)

■当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。該当するものに○をつけてください。

ホームページ (検索キーワード:)

医療機関からのご紹介 (病院名) ・看板・電話帳・雑誌・その他 ()

当院受診歴のある患者様からのご紹介 (お名前:) ※裏面の記入もお願いします。

【 下肢静脈瘤 問診票 】

※下肢の具体的な症状について教えてください。

ありかなし、どちらかに○を付けてください。

だるさ [あり・なし]

痛み [あり・なし]

かゆみ [あり・なし]

足がつる [あり・なし]

むくみ [あり・なし]

疲労感 [あり・なし]

色素沈着（皮膚の色がシミのように茶色になっている） [あり・なし]

潰瘍（皮膚の表面がただれている、深くえぐれている状態） [あり・なし]

※静脈瘤の症状が出てきたきっかけはありますか？ [ある ・ ない ・ 不明]

ある方はそのきっかけを教えてください。

()

※他院で静脈瘤の診察は受けたことがありますか？ [ある ・ ない]

ある方、医療機関名も教えてください。

()

※血縁者で静脈瘤の方はいらっしゃいますか？ [いる ・ いない ・ 不明]

いる方、該当者に○をお願いします。

[父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 叔父 ・ 叔母 ・ その他]

※現在のご職業を教えてください。()

