

静脈瘤問診票

ふりがな _____

氏名 _____ () 歳 男・女

生年月日 M. T. S. H. _____ 年 月 日

(〒 -)

住所 _____

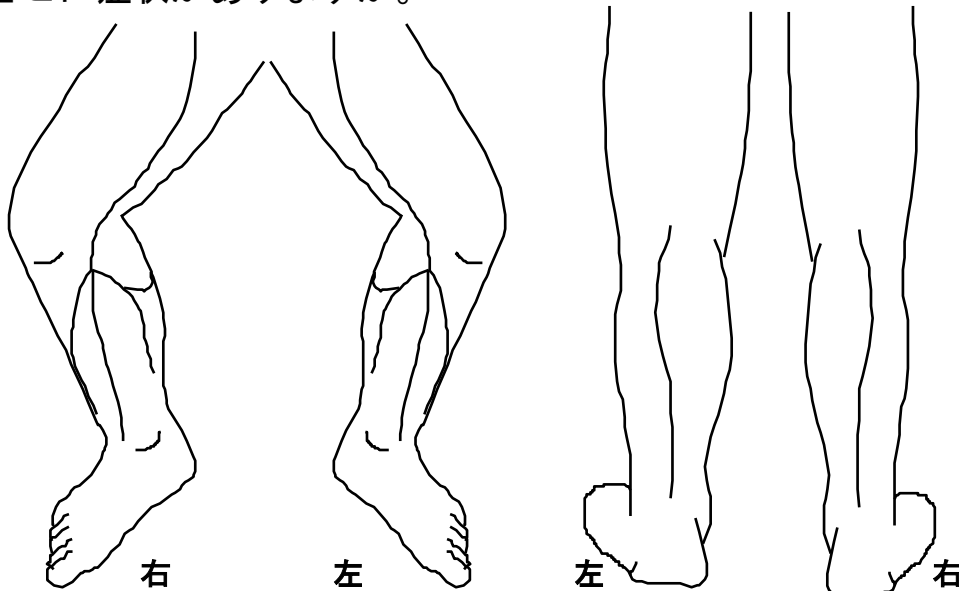
電話 _____

携帯 _____

上記以外の連絡先 _____

体重 kg 身長 cm

1. 受診理由に を入れて下さい。(複数可)
静脈瘤が気になる ・ 手術希望 ・ 高周波・レーザーに興味がある
セカンドオピニオン ・ その他 ()
2. 当院を選ばれた理由を教えてください。(を入れて下さい。)
他院の紹介 ・ 知人の紹介 ・ 当院パンフレット
ホームページ ・ その他 ()
3. 職業は立ち仕事ですか？(過去も含む)
はい () 時間 × () 年 ・ いいえ
4. 出産は何回ですか (回・お子さんの年齢 歳 歳 歳)
5. 当てはまる足の症状に を入れて下さい。(複数可)
見た目が気になる ・ 疲れやすい、だるい
腫れ、むくみがある ・ 就寝時にこむら返りがある
皮膚が褐色、あるいは黒っぽく変色している
湿疹のような皮膚病があり、かゆみを伴う
色素沈着があり、ただれや潰瘍がある
6. どこに症状がありますか。



裏面へ



7. 静脈瘤に気付いて何年になりますか

不明 3年未満 5 7 10 15 20 25 30 35 35年以上

8. これまでにかかった病気やけがについて伺います。

1) 今治療中の病気とお薬はありますか？ _____ いいえ ・ はい

※病名は何ですか？

高血圧症・高脂血症・糖尿病・骨粗鬆症・心疾患

その他 (_____)

※内服中のお薬は何ですか？

お薬手帳お持ちの場合は、ご提示下さい

(血液をサラサラ, ステロイド, 抗癌剤, ホルモン剤など)

(薬名 _____)

2) 過去に病気や手術、けが(足の骨折や捻挫)を

された経験はありますか？ _____ いいえ ・ はい

3) 以前に足が腫れ歩けなくなったことがありますか。 — いいえ ・ はい

4) アレルギーといわれたことがありますか。 _____ いいえ ・ はい

※何のアレルギーですか？

喘息 アトピー 薬 (_____)

その他 (例) ゴム、アルコール、テープ等 (_____)

5) 薬を飲んだり注射や点滴の後に気分が悪くなったり、

じん麻疹がでたことがありますか？ _____ いいえ ・ はい

※何のお薬ですか？ (_____)

6) 歯科の麻酔で気分が悪くなったことがありますか。 — いいえ ・ はい

7) 現在妊娠中か可能性がありますか _____ いいえ ・ はい

8) 現在授乳中ですか _____ いいえ ・ はい

9. セミナー開催時、当院からおはがきを

お送りしてもよろしいですか。 _____ はい ・ いいえ