

外科 下肢静脈瘤外来 問診票

ID: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ Kg

ふりがな _____ 男 生年月日 _____

氏名 _____ 女 大・昭・平 年 月 日 (歳)

住所: _____ 電話番号: _____ (自宅)
 _____ (携帯)

■ 検診結果や他院からの紹介状はありますか？ なし あり(紹介元 _____)

■ 今回どのような症状のため受診されましたか？

・足の症状 ⇒ (右 ・ 左 ・ 両方)

痛い ・ だるい ・ 重い ・ 疲れやすい ・ むくむ ・ 冷たい ・ 血管がふくらんでいる
 しこりがある ・ かゆい ・ 発疹がある ・ あざがある ・ 潰瘍がある ・ しびれる

■ その症状はいつ頃からですか？

(_____)

■ 思い当たるきっかけはありますか？

出産 ・ 立ち仕事 ・ 手術 ・ けが ・ 運動 ・ その他(_____)

■ この症状のために他院にかかったことがありますか？ ない ある

ある場合 ⇒ 病院名(_____)

治療内容(飲み薬 ・ ストッキング ・ 硬化療法 ・ 手術 ・ その他)

■ 他の病気にかかったことはありますか？ なし あり

高血圧症 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝炎(B・C・その他) ・ 結核 ・ 腎臓病 ・ 胃・十二指腸潰瘍
 喘息 ・ その他の病気(_____)

■ 現在治療中の疾患 あり なし

※ ありの場合、下記に詳しく

(_____ 病院 _____ 科)

疾患名(_____)

■ 過去に治療した疾患や受けた手術 あり なし

※ ありの場合、下記に詳しく

■ 飲んでいる薬 あり なし

※ ありの場合(薬剤名: _____)

■ おくすり手帳 あり なし

※ おくすり手帳持参の方は診察室で見せて下さい

■ 薬のアレルギーはありますか？ なし あり(_____)

食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

その他:

■ たばこ 吸わない 吸う (1日 _____ 本)

■ アルコール 飲まない 飲む (1日 _____ ml)

■ 女性の方へ

現在妊娠中ですか？ はい いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

職員記載欄

新患	紹介	登録時間	医事担当	看護師