

問 診 票

受診日： 年 月 日

フリガナ			身長：	cm	体重：	Kg
氏名		男・女	生年月日：	年	月	日 歳
住所	〒 -					
電話	自宅：	-	-	携帯電話：	-	-

- ✓ 症状がある脚はどちらですか？ 右・左・両方
- ✓ 気になっている症状を教えてください（複数回答可）
見た目が気になる、血管が目立つ、ポコポコしている、重だるさ、痛み、足のつり、むくみ、かゆみ、硬さ、色がついた、傷が治らない、その他_____
- ✓ その症状はどのくらい前からですか？（_____年前・_____ヶ月前・_____週間前・_____日前から）
- ✓ 今までに下肢静脈瘤の手術を受けたことがありますか？
いいえ ・ はい（右・左 _____歳ごろ _____回 剥去術・しばる手術・血管内焼灼術・硬化療法）
- ✓ 立ち仕事の経験を教えてください ご職業_____立ち時間：1日 _____時間を_____年
- ✓ 出産の経験はありますか？ いいえ ・ はい（_____人）
- ✓ 今までにかかれた病気がありましたら教えてください
脳梗塞、脳出血、不整脈・狭心症・心筋梗塞・心不全、高血圧、喘息（_____歳ごろ）
糖尿病、腎臓病、甲状腺疾患、膠原病、肝臓病（_____型肝炎）、緑内障
婦人科疾患、精神疾患、悪性腫瘍（部位：_____）、その他_____
- ✓ 今までに下肢静脈瘤以外の手術を受けたことがありますか？
いいえ ・ はい（_____歳ごろ_____）
- ✓ 現在、他の医療機関に通院していますか？
いいえ ・ はい（病名_____）
- ✓ 現在、内服中のお薬はありますか？（おくすり手帳をお持ちであれば薬名は省略して頂いても構いません）
いいえ ・ はい（薬名_____）
- ✓ コロナワクチンについて（最終接種日：_____年 月 日頃）（次回予定日：_____年 月 日頃）
- ✓ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？
いいえ ・ はい（大豆、卵、抗生物質（_____）、局所麻酔薬、その他_____）
- ✓ こちらのクリニックはどこでお知りになりましたか？（複数回答可）
知人からの紹介（_____様）、医療機関よりの紹介（医療機関名：_____）
病院ナビ、ホームページ、ドクターズファイル、スマートフォン、広報誌 KOBE、県民だより、バス、その他（_____）

ご協力ありがとうございました。