

# 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	携帯： - -	自宅： - -				

- ✓ 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 抜去術・しぼる手術・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）
  
- ✓ 今までにかから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（病名等\_\_\_\_\_）
- ✓ 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\_\_\_\_\_）
- ✓ 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）  
知人の紹介（ \_\_\_\_\_様）、医療機関の紹介（医療機関名： \_\_\_\_\_）病院ナビ、県民だより  
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、バス、その他（ \_\_\_\_\_）
- ✓ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めており 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。