

# 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 \_\_\_\_\_ 歳頃 抜去術 ・ しぼる手術 ・ 焼灼術 ・ 塞栓術 ・ 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）
- ✓ 現在妊娠中または授乳中ですか？ いいえ ・ はい（妊娠中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中）
- ✓ 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  
心疾患（狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 心不全 ・ 不整脈）、脳梗塞、脳出血、高血圧、糖尿病、緑内障、肝炎（A型 ・ B型 ・ C型）、喘息（ \_\_\_\_\_ 歳頃）、膠原病、甲状腺疾患、腎臓病、悪性腫瘍（部位： \_\_\_\_\_）、婦人科疾患、精神疾患、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 （ \_\_\_\_\_ 歳頃 \_\_\_\_\_）
- ✓ 現在、他の医療機関に通院していますか？  
いいえ ・ はい （病院名、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省略して頂いて構いません）  
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 \_\_\_\_\_）
- ✓ 当院はどこでお知りになりましたか？（複数回答可）  
ホームページ、スマートフォン、ドクターズファイル、病院ナビ、知人の紹介（ \_\_\_\_\_ 様）  
医療機関の紹介（医療機関名： \_\_\_\_\_）、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、医療情報取得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。