

# リンパ浮腫外来 問診票

平成 年 月 日

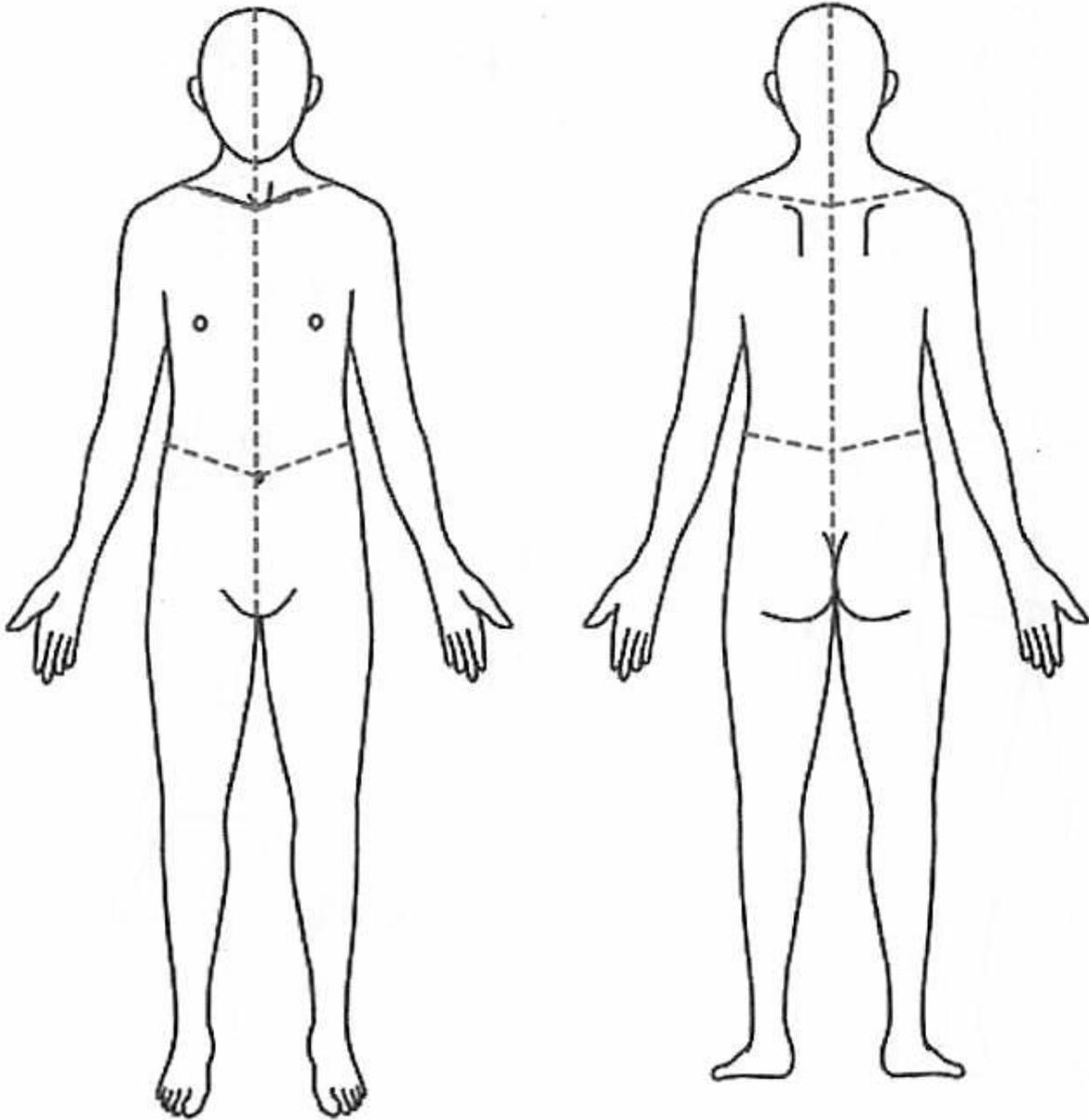
ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成		
氏名			年	月	日
住所	〒				
電話番号		携帯番号			

既往歴 できるだけ詳しく記載お願いいたします。	
現病歴 できるだけ詳しく記載お願いいたします。	
手術歴 できるだけ詳しく記載お願いいたします。	
放射線治療を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい(部位) 期間 年 月から 年 月まで 現在治療中
科学療法を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい(薬の名前): 期間 年 月から 年 月まで 現在治療中
ホルモン療法を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい 期間 年 月から 年 月まで 現在治療中
リンパ浮腫と診断されたことがありますか？	いいえ ・ はい(部位)
浮腫に対して、他の医療機関や治療院で治療を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい 期間 年 月から 年 月まで 現在治療中
弾性スリーブ・ストッキングを着用されていますか？	一度も着用したことはない 以前は着用していた 現在着用している

裏面もご記入お願い致します。

# リンパ浮腫外来 問診票

◆浮腫んでいる箇所に○を付けてください。



今、困っていることや ご自身でされているセルフケアなどございましたら、ご記載ください。