

問 診 票

平成 年 月 日 記入

ふりがな

氏名 男 ・ 女 年齢 歳

生年月日 (明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日

住所 〒

自宅☎ 携帯☎

① 受診理由 を当てはまる□にチェックしてください。

 静脈瘤が気になる 治療を希望 セカンドオピニオン その他()

② どちらの足に、どのような症状がありますか？

 右 左 両側 下肢のむくみ 疲れやすい こむら返り かゆみ 湿疹 色素沈着 痛み 見た目が気になる その他()

③ いつ頃静脈瘤に気付きましたか？ (年前 ・ 月前 ・ 歳頃 ・ 分からない)

④ これまでに下肢静脈瘤の診断・治療を受けたことはありますか？

 診断のみ 手術を受けた (年前 ・ 病院)

⑤ これまでにかかったことのある、もしくは現在も治療中の病気を教えて下さい。

 なし 狭心症・心筋梗塞 心臓弁膜症 肺塞栓症・深部静脈血栓症 脳梗塞 糖尿病 骨粗鬆症 高血圧 高脂血症 甲状腺疾患 婦人科疾患 膠原病(リウマチ・SLE) アレルギー B型・C型肝炎 その他()

⑥ 現在、飲んでいるお薬をすべてお答えください。お薬手帳があれば、提出して下さい。

なし ・ () () () () () ()

() () () () () ()

⑦ くすりや食べ物のアレルギーや喘息はありますか？

 はい いいえ(喘息 抗生物質() 局所麻酔薬 アルコール 大豆 卵 その他())

⑧ 今までに歯科治療の麻酔で気分が悪くなった事がありますか？

 はい いいえ

⑨ 血縁者に下肢静脈瘤や深部静脈血栓症の方はいますか？

 はい () いいえ

⑩ 女性の方へ : 出産の経験および妊娠の可能性について

出産(回)、妊娠の可能性 あり なし

⑪ かかりつけ医はありますか？

 はい () いいえ

⑫ 嗜好品・その他についてお尋ねします。

1 アルコール: 飲まない 時々飲む 毎日飲む 今は止めました。2 タバコ: 吸わない 吸う (1日 本) 今は止めました。

喫煙年数 (年)

⑬ 他医療機関の検査所見を持っていれば、提出して下さい。(血液検査など)

⑭ 当院をどこでお知りになりましたか？

 ホームページ検索 リビング 読売ファミリー 口コミ 他院の紹介 その他()