

# 問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな

生年月日

年

月

日

氏名

男 ・ 女

歳

住所 〒

E-mail

自宅 ☎

携帯 ☎

★★他医療機関の検査結果を持っていれば、提出して下さい。(血液検査など)★★

① 受診理由 を当てはまる□にチェックしてください。

☐ 足の静脈瘤が気になる ☐ ハンドベイン ☐ セカンドオピニオン ☐ その他( )

② どの部分の症状が気になりますか？

☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側

☐ むくみ ☐ 疲れやすい ☐ こむら返り ☐ かゆみ ☐ 湿疹 ☐ 色素沈着

☐ 痛み ☐ だるい ☐ 見た目が気になる ☐ その他( )

③ いつからですか？ ( 年前 ・ 月前 ・ 歳頃 ・ 分からない )

④ これまでに下肢静脈瘤の治療を受けたことはありますか？

☐ なし ☐ 診断のみ ☐ 手術を受けた ( 年前 ・ 病院 )

⑤ 仕事の姿勢、拘束時間

☐ 立位 ☐ 座位 ( ) 時間

⑥ 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ください。

☐ 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( )

☐ 手術の既往歴( )

⑦ 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 ・ ☐ お薬手帳あり ☐ お薬手帳なし

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

⑧ くすりや食べ物のアレルギーや喘息はありますか？

☐ いいえ ☐ はい

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

⑨ 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？

☐ いいえ ☐ はい

⑩ 血縁者に下肢静脈瘤や深部静脈血栓症の方はいますか？

☐ いいえ ☐ はい ( )

⑪ 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

⑫ かかりつけ医はありますか？

☐ いいえ ☐ はい ( )

⑬ 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) 喫煙年数 ( 年) ☐ 今は止めました

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 ☐ 他院の紹介 ☐ インスタグラムを見て ☐ 口コミ ☐ 知人紹介

☐ その他( )

⑮ 当院のサービス向上の為、アンケートにご協力頂けますか？

☐ はい ☐ いいえ

正確な診療情報を取得・活用することにより質の高い医療を提供に努めています。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お願いいたします。

マイナ保険証による  
・診療情報・薬剤情報・特定健診及び高齢者健診などの情報を取得してよいですか  
☐ 同意する