

# 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( )

□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はありますか?

□ 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をお願いいたします。

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