

# リンパ浮腫外来 問診票

記入日 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		身長	cm	
携帯番号		体重	浮腫み前 kg	浮腫み後 kg

貴方の治療ゴール(目標)について教えてください。(複数回答可)

- ☐ 左右差がなくなるように徹底的に治療したい  
☐ 手術も考えたい  
☐ まずは保存療法から考えている  
☐ これ以上悪くならないようにしたい  
☐ 蜂窩織炎や不快症状が起こらないようにしたい  
☐ その他(

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

①既往歴を教えてください

②現在使用している薬はありますか？お薬手帳があればお願いします

なし  
 ある( )

③リンパ浮腫の手術を受けたことがありますか？

なし  
 ある ( 年 病院 )

④以下のものでアレルギーや副作用がでたことがありますか？(あれば○をつけてください)

なし  
 薬 食物 花粉 ハウスダスト 金属 ゴム 動物 アルコール  
 造影剤 その他( )

⑤アルコールについて

飲まない  
 飲む ( 回/週 1回量 本 )

⑥たばこについて

吸わない  
 やめた (喫煙歴 才～ 才まで)  
 吸う (喫煙歴 才～現在 本/日)

⑦女性の方に伺います。現在妊娠している可能性はありますか？

なし  
 ある( 週 日 )  
 わからない

⑧仕事はしていますか？

していない  
 している (正社員 派遣 パート 日/週出勤、 時間/日労働 立位・座位 )  
 (職場は病気のことを知っていますか？ はい いいえ )  
 (体調に応じて配慮はしてもらえそうですか？ はい いいえ )

⑨病気のことなどの相談相手はいますか？(keyPerson)

自己決定  
 パートナー 親 子供 兄弟姉妹 友人 その他( )

⑩家族構成

# リンパ浮腫外来 問診票

## ⑪セルフケアについて

自立

介助が必要

(メインの介助者

訪問看護ステーション

介護度(要支援1

要支援2

電話

要介護1

要介護2)

ケアマネ

## 《リンパ浮腫について》

### ①いつから腫れていますか？

年

月頃

### ②初めはどこから腫れましたか？

( 右 ・ 左 )

( 大腿 ・ 下腿 ・ 足首 ・ 足背 )

( 下腹部 ・ 臀部 ・ 腰部 ・ 陰部 )

( 背中 ・ 胸 ・ 脇 ・ 二の腕 ・ 前腕 ・ 手先 )

その他( )

### ③現在どこが腫れていますか？

stage: 0期

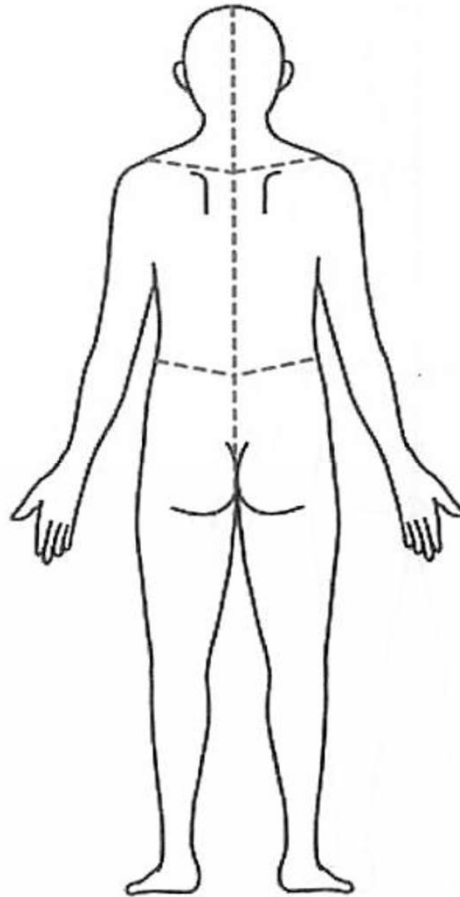
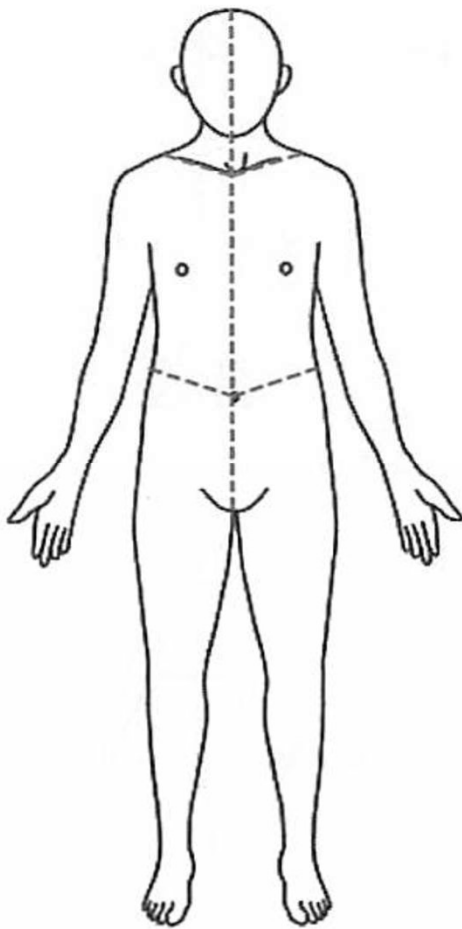
I 期

II 期前期

II 期後期

III 期

シュテンマーサイン:



皮膚肥厚:

皮膚硬化:

pittingED:

A触知: 足背A( R L ) 後脛骨A( R L )

### ④リンパ漏(傷などからリンパ液が流れ出て止まらない)はありますか？

( なし ・ ある )

### ⑤浮腫に関して困っていることは何ですか？すべてに○をつけてください

( 外見 ・ 洋服 ・ 靴 ・ 重い ・ 痛み ・ 歩にくい ・ 正座できない ・ 蜂窩織炎 ・ 排尿 ・ その他 )

### ⑧希望される診療について、当てはまるもの全てに✓をつけてください

- ☐ 定期的に診察を受けたい
- ☐ 新しいストッキングを購入したい
- ☐ リンパドレナージを受けたい
- ☐ セルフケアについて話を聞きたい
- ☐ リンパ浮腫の検査を受けたい
- ☐ 手術について聞きたい
- ☐ その他

# リンパ浮腫外来 問診票

## 《リンパ浮腫の原因について》

①原因と考えられることは何だと思いますか？			
( 手術 ・ 外傷 ・ 出生時から ・ その他 )			
※原因が手術の場合			
②原因疾患は何ですか？			
(子宮頸がん ・ 子宮体がん ・ 卵巣がん ・ 乳がん) (膀胱がん ・ 前立腺がん)			
(その他 )			
③いつどこで手術を受けましたか？			
( 年 月 )	担当医:	先生	病院 科 )
⑤手術内容は？			
⑥リンパ節の切除は受けましたか？ ( はい ・ いいえ )			
⑦リンパ節転移がありましたか？ ( はい ・ いいえ )			
④病期分類は Stage 期			
⑧放射線治療を受けましたか？ ( はい ・ いいえ )			
※ はい の方は 時期はいつですか？		年	月ごろ
⑨抗癌剤治療を受けましたか？ ( はい ・ いいえ )			
※ はい の方は 時期はいつですか？		年	月から
		薬剤名:	年 月から
		薬剤名:	

## 《蜂窩織炎(ほうかしきえん)について》 ※ 患部が真っ赤になり高熱が出て、痛くなる

①蜂窩織炎になったことはありますか？ ( はい ・ いいえ )			
②初めての蜂窩織炎はいつですか？			
年 月頃			
③蜂窩織炎になった部位はどこですか？			
④蜂窩織炎の頻度はどのくらいの期間に、どのくらいありますか？ (例:年に3回くらいなど)			
⑤今までの合計回数は？			
回			
⑥最近発生した蜂窩織炎はいつですか？			
年 月 日			
⑦38.5度以上の熱がでましたか？ ( はい ・ いいえ )			

# リンパ浮腫外来 問診票

## 《リンパ浮腫治療について》

①リンパ浮腫について説明を聞かれたことがありますか？	( はい ・ いいえ )
②リンパ浮腫について理解できていますか？	( はい ・ いいえ )
③複合的理学療法についてご存じですか？	( はい ・ いいえ )
④リンパ浮腫の手術についてご存じですか？	( はい ・ いいえ )
⑤圧迫のストッキングを履いていますか？	( はい ・ いいえ )
⑥圧迫をはじめたのはいつですか？	年 月頃
⑦ストッキングは助成を受けて購入しましたか？最終助成日はいつですか？	( はい ・ いいえ ) 年 月 日
⑧セルフドレナージはしていますか？	( はい ・ いいえ )
⑨リンパ浮腫で他病院など受診したことはありますか？	( ある:病院名 ない )
⑩担当医またはセラピスト名	

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