

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 |
| 住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | | |
| e-mail アドレス | | 身長 | cm | |
| | | 体重 | kg(浮腫前) | kg(浮腫後) |

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
- 手術も考えている
- 保存療法から考えている
- 今よりよくなりたい。悪くならにようにしたい
- 蜂窩織炎や痛みが起こらないようにしたい
- ずっと自分の足で歩けるようにしたい
- 手術はしたくない
- その他()

| | |
|---|---|
| 1、薬や注射にアレルギー、副作用がでたことがありますか？ | <ul style="list-style-type: none"> ・ ない ・ ある (薬剤名:) 症状:) |
| 2、食物アレルギーはありますか？ | <ul style="list-style-type: none"> ・ ない ・ ある (食品名:) 症状:) |
| 3、上記以外のアレルギーがあれば○をつけてください 花粉・金属・ハウスダスト・ゴム・動物・アルコール その他() | |
| 4、造影剤のアレルギーはありますか？ | <ul style="list-style-type: none"> ・ ない ・ わからない ・ ある(CT・MRI・その他() 症状:) |
| 5、内服薬や使用中の薬はありますか？わかる範囲でお書きください。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ ない ・ ある() |
| 6、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？ | <ul style="list-style-type: none"> ・ ない ・ ある(週 日) ・ わからない |
| 7、アルコールについてお答えください | <ul style="list-style-type: none"> ・ 飲まない ・ 禁酒中 ・ 飲む (回/週、1回量 本) |
| 8、たばこについてお答えください | <ul style="list-style-type: none"> ・ 吸わない ・ やめた(歳 から 歳まで) ・ 現在吸っている(1日 本 歳から) |
| 9、以前かかった病院や手術、または現在治療中の病気はありますか？ | <ul style="list-style-type: none"> ・ ない ・ ある (病名: 手術 あり・なし 歳) (病名: 手術 あり・なし 歳) (病名: 手術 あり・なし 歳) |
| 10、リンパ浮腫の手術を受けたことがありますか？ | <ul style="list-style-type: none"> ・ ない ・ ある (年 病院) (年 病院) |

リンパ浮腫外来 問診票

《リンパ浮腫について》

| |
|--|
| ①どこが腫れていますか？ (右・左) (あし・腕・下腹部・陰部) その他 () |
| ②いつから腫れていますか 年 月頃 |
| ③初めはどこから腫れましたか (右・左) (あし・ふくらはぎ・ふともも) (手・前腕・二の腕・胸・背) (下腹部・臀部・腰部・陰部) その他 () |
| ④下腹部の浮腫がありますか (ある・なし) |
| ⑤陰部の浮腫がありますか (ある・なし) |
| ⑥リンパ漏(傷などからリンパ液が流れ出て止まらない)ありますか (ある・なし) |
| ⑦家族・親族で同じ症状の方はおられますか (いる・いない) |
| ⑧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・重い・洋服・靴・排尿・痛み・歩きにくい・正座できない・蜂窩織炎) |
| ⑨診療について、当てはまるもの全てに✓をつけてください <input type="checkbox"/> 定期的に診察を受けたい <input type="checkbox"/> 新しいストッキングを購入したい <input type="checkbox"/> リンパドレナージを受けたい <input type="checkbox"/> セフルケアについて話を聞きたい <input type="checkbox"/> リンパ浮腫の検査を受けたい <input type="checkbox"/> 手術について聞きたい <input type="checkbox"/> その他 |

《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ですか (手術・外傷・出生時から・その他) |
| ※原因が手術の場合 |
| ②いつどこで手術を受けましたか (年 月 病院 科) 担当医: 先生 |
| ③原因疾患は何ですか (子宮頸癌・子宮体癌・卵巣癌・乳癌) (その他) |
| ④病期分類は Stage 期 |
| 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) |
| 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 月から 回 |
| 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: |

リンパ浮腫外来 問診票

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

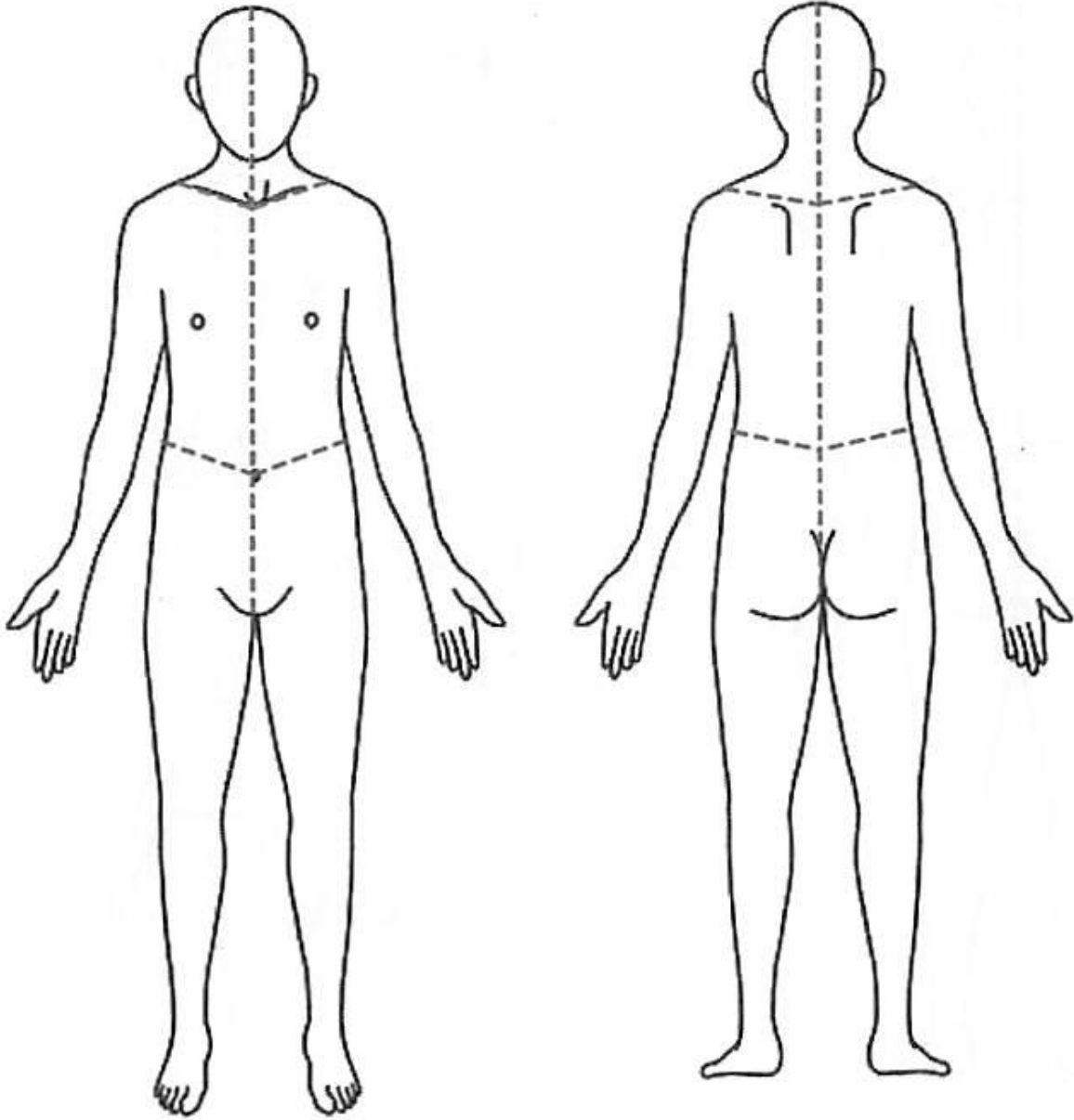
| | |
|-------------------|--------------|
| ①蜂窩織炎になったことはありますか | (はい ・ いいえ) |
| ②蜂窩織炎の部位はどこですか | |
| ③最初の蜂窩織炎はいつですか | 年 月頃 |
| ④最近1年間の回数は? | 回 |
| ⑤こまでの合計回数は | 回 |
| ⑥38.5度以上の熱がでましたか | (はい ・ いいえ) |
| ⑦最近発生した炎症はいつですか | 年 月 日 |

《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ご自身で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ドレナージはしていますか | (はい ・ いいえ) |
| ⑧ドレナージの頻度は? | (毎日 ・ 週2-3回 ・ 週1回 ・ その他) |
| 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: ない) |
| ⑩担当の担当医またはセラピスト名 | |

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。