

リンパ浮腫外来 問診票

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リンパ節の切除を受けましたか (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

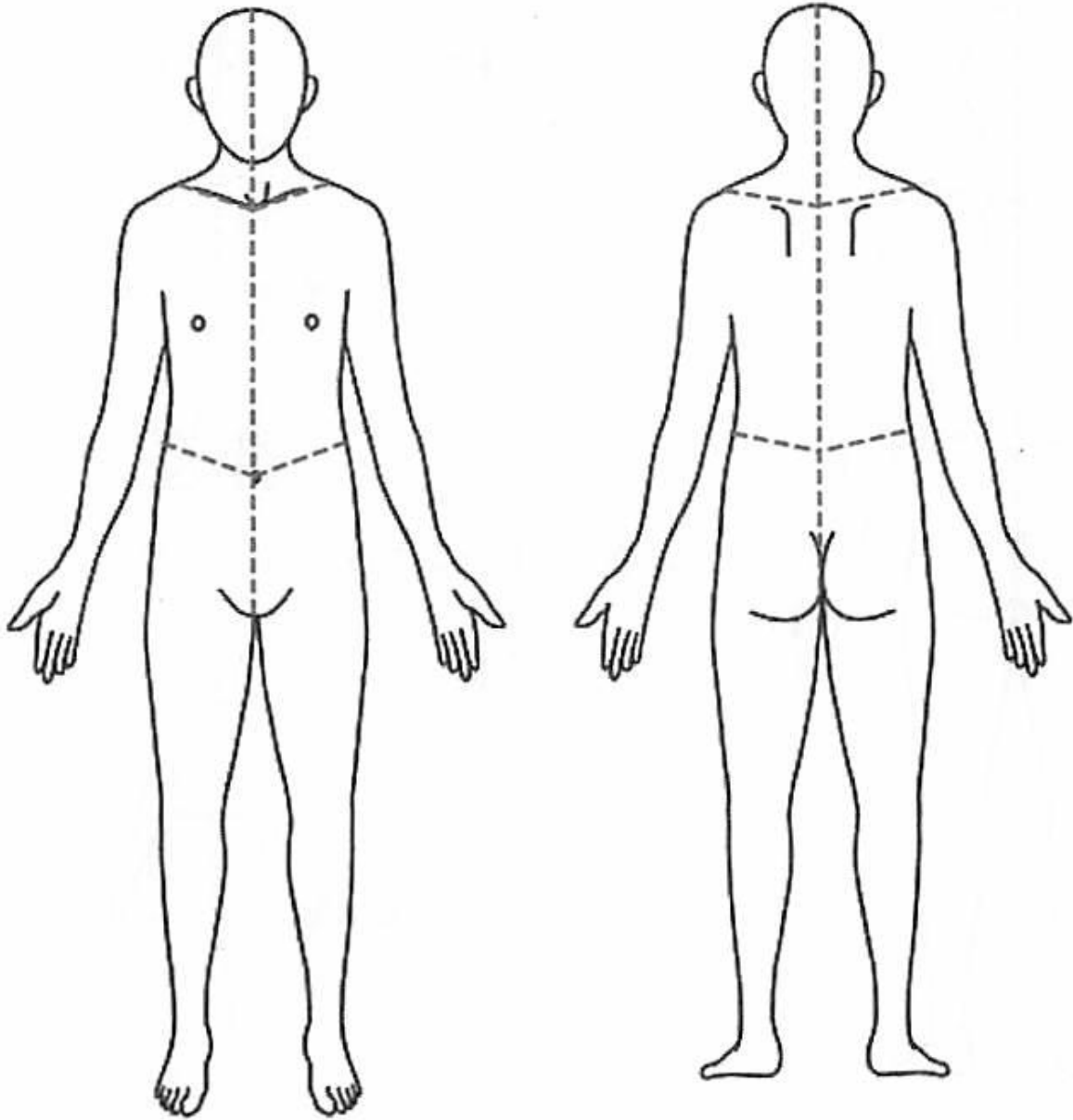
①蜂窩織炎になったことはありますか	(はい ・ いいえ)
②蜂窩織炎の部位はどこですか	
③最初の蜂窩織炎はいつですか	年 月頃
④最近1年間の回数は?	回
⑤こまでの合計回数は	回
⑥38.5度以上の熱がでましたか	(はい ・ いいえ)
⑦最近発生した炎症はいつですか	年 月 日

《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。