

# 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 〒

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