

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

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