

# 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( )

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

要介護1

要介護2)

電話

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 )

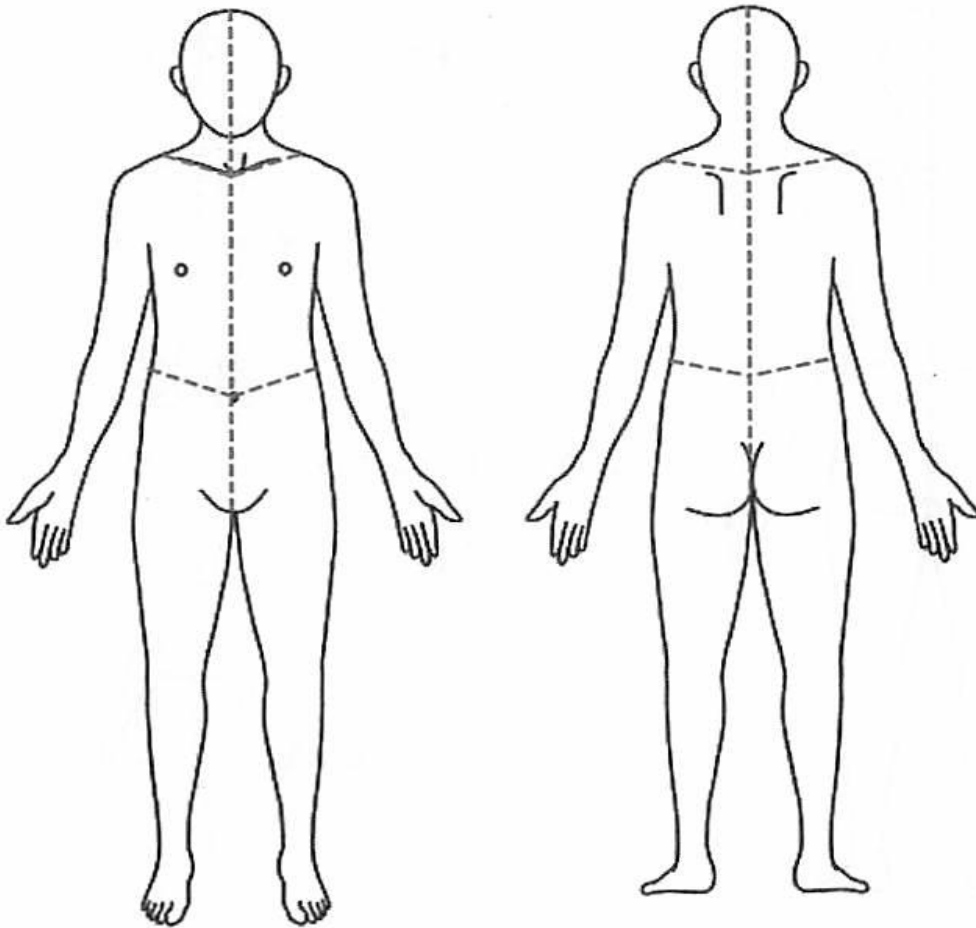
( 大腿 ・ 下腿 ・ 足首 ・ 足背 )

( 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？



皮膚肥厚:

皮膚硬化:

pittingED:

シテンマ:

Stage:

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 ・ 歩きにくい ・ 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？<br>( 手術 ・ 外傷 ・ 出生時から ・ その他 )                                |
| ※原因が手術の場合<br>②原因疾患は何ですか？<br>(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)<br>(その他 ) |
| ③いつどこで手術を受けましたか？<br>( 年 月 病院 科 )<br>担当医: 先生                                       |
| 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 )<br>※ 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 )<br>※ はい の方は 時期はいつですか？ 年 月から<br>薬剤名: 年 月から<br>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？<br>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？<br>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 )<br>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