

下肢静脈瘤予診票

受診日：平成 年 月 日

氏名： _____ (男・女)

明・大・昭・平 年 月 日生 才

身長： _____ cm 体重： _____ kg 体温： _____ ℃

1. 静脈瘤があるのはどちらの足ですか？ (右 ・ 左 ・ 両足)
いつ頃からですか？ (_____ 年頃)
両方の足はどちらが先に悪くなりましたか？ (右 ・ 左 ・ 両足)
2. 静脈瘤に痛みはありますか？ (ない ・ いつも ・ ときどき)
ある場合、いつ頃からどこにありますか？ (_____ 年頃から足の _____)
他に症状があればお書き下さい。<かゆみ、つった感覚、倦怠感等、生理時の感覚等>
[_____]
3. 静脈瘤が出たきっかけをどのようにお考えですか？
(出産 ・ けが ・ スポーツ ・ 仕事 ・ 他 _____)
4. 女性の方へ・・・現在、妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ)
出産の経験はありますか？ (ある _____ 回 ・ ない)
5. 静脈瘤について、他の病院で診療あるいは治療を受けましたか？
< ない >
< ある > 病院・医院名は？ (_____)
治療方法は？ (手術 ・ 硬化療法 ・ 他 _____)
6. 現在のご職業をお聞かせ下さい。 (専業主婦 ・ その他 _____)
前職は立ち仕事でしたか？ (いいえ ・ はい →職種： _____)
7. 血縁者に静脈瘤の方はいらっしゃいますか？ (はい ・ いいえ)
8. 今までにかかった病気や現在治療中の疾患がありましたらお知らせ下さい。
例) 高血圧、心臓病、糖尿病、腰痛、喘息など、いつ頃等
[_____]
また、アレルギーや常用している薬はありますか？
(_____)
9. 当クリニックをお知りになったきっかけは？
看板 ・ インターネット ・ 医療機関からのご紹介 ・ 広告
(その他 _____)