

初診 問診票

ふりがな			
お名前	男性 ・ 女性		
生年月日	昭和・平成	年	月 日
			満 歳
ご自宅住所	〒 _____ 府・県		
連絡用 電話番号	自宅 : _____ 携帯 : _____	ご職業 : _____	

当クリニックは初めてとなりますので下記であてはまるものにチェック☑やご記入をお願いします。

1. 本日はどのような症状、相談で来院されましたか？

- ヘルニア 下肢静脈瘤

2. 以下の病気がありますか

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 狭心症 脳梗塞 喘息
 その他 ありましたらご記入ください

3. 現在、内服中の飲み薬はありますか？

- ない ある

4. 入院や手術をしたことがありますか？

- ない ある

5. これまでに薬や注射で気分が悪くなったりアレルギー反応が出たことがありますか？

- ない ある

6. このクリニックをお知りになったきっかけを教えてください

- ホームページ(パソコン・ 携帯電話) 他の医療機関からの紹介
 フリーペーパー(リビング・読売ファミリー・チャオ・ウーマンライフ・泉北フォーラム)
 新聞広告(産経、読売、朝日) その他()

下肢静脈瘤 問診票

氏名: _____

1. どのような症状が気になりますか。あてはまるものにチェック☑をいれてください。

- 足が疲れやすい、だるい
- 寝ていると足がつる。こむら返りがおきる
- 足がむくむ
- 足にかゆみがある
- 夕方の方が症状が強い
- ふくらはぎの皮膚の色が変わってきている
- 皮膚がやぶれて潰瘍のようにになっている
- その他

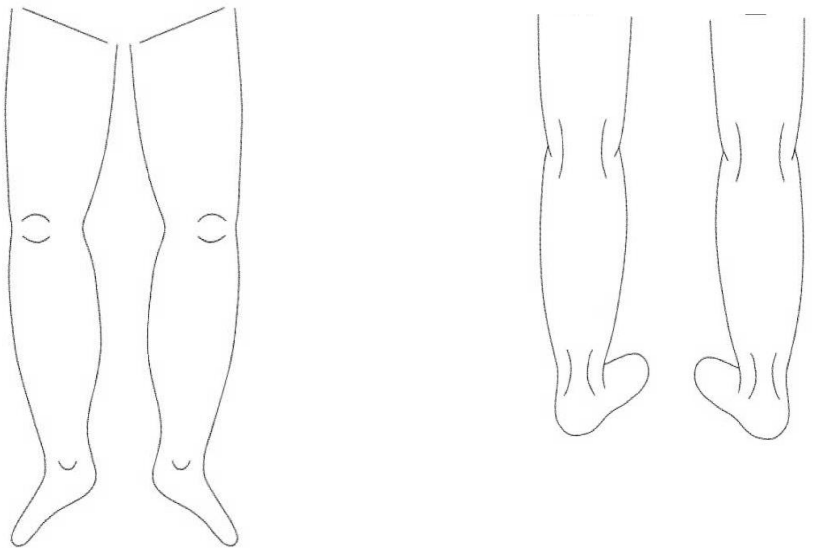
2. 静脈瘤は何年前からありますか？ ○を付けてください。

数か月 半年 1 2 3 5 10 15 20 30年以上

3. 立ち仕事をしている、またはしていましたか？

特にしていない している していた 1日()時間を()年間ぐらい

4. どの静脈瘤がきになりますか。



5. 下肢静脈瘤の治療のために他の医療機関を受診したことがありますか？

ない ある 医療機関名()