

下肢静脈瘤問診票

年 月 日

お名前 _____ 男 ・ 女

1. 当外来はどのようにお知りになりましたか？（○を付けてください）

- ・当院かかりつけ ・インターネット ・病院からの紹介（ ）
・通りがかり ・セミナー（市民公開講座） ・家族、知人の紹介（ ）

2. どういう症状でお悩みですか？（当てはまる症状すべてに○をつけてください）

- ・あしの血管がふくれて気になる ・だるい、おもい ・あしがつる
・むくむ ・かゆい ・痛い ・その他（ ）

3. 以前に、静脈瘤の診察を受けたこと、治療を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい（具体的に ）

4. お仕事は立ち仕事ですか？

いいえ ・ はい（仕事内容： ）

5. 女性の方、出産経験はありますか？

無 ・ 有（ 回） 年齢： _____ 歳 _____ 歳 _____ 歳

6. 女性の方、現在妊娠中ですか？

いいえ ・ はい（現在 妊娠 第 週）

7. ご家族のなかに静脈瘤の方はいらっしゃいますか？

いいえ ・ はい（具体的に： 祖父 ・ 祖母 ・ 父親 ・ 母親 ・ 兄弟 ・ 子 ）

8. 今までに大きな病気（入院）をされたことがありますか？

いいえ ・ はい（具体的に ）

9. アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい（具体的に ）

10. 飲んでいる薬はありますか？

いいえ ・ はい（お薬手帳をご提示下さい）