

ID:

下肢静脈瘤外来診察 問診票

自宅用

日付 年 月 日

氏名 年齢 身長 cm 体重 kg

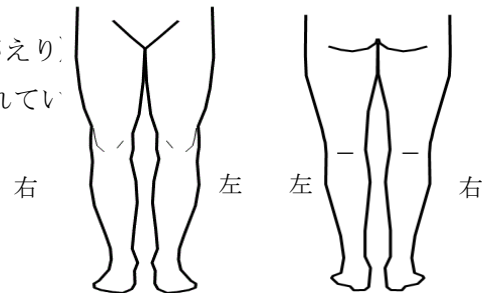
携帯電話

本人
家族(続柄)

○マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか? はい いいえ

1. 症状の内容とあてはまる場所に○をつけてください

- ・痛み ・出血 ・傷がある
- ・しびれ ・だるさ ・足がつる(こむらがえり)
- ・かゆみ(湿疹) ・むくみ ・足が腫れている
- ・血管がポコポコしている ・その他



2. その症状はいつ頃からですか

3. 原因と思われることはありますか(例: 立ち仕事・遺伝)

4. 嗜好品や生活習慣について

タバコ 本/1日 喫煙歴 年

日頃運動はしますか (週 回 時間程度)

5. 現在かかっている病気および通院している病院はありますか (あり・なし)

高血圧 肝臓病 糖尿病 脳梗塞 心臓病 腎臓病 喘息 血友病
その他 () 病院名

6. アレルギーについて

食べ物 (あり・なし) ありの場合

造影剤 (あり・なし)

薬 (あり・なし) ありの場合

7. 骨粗鬆症は治療中ですか? (はい・いいえ)

「はい」と答えた方へ。

治療薬は内服ですか、注射ですか? (内服薬・注射)

2枚目に続く

8 現在内服している薬はありますか（あり・なし）

内服薬がある場合はお薬手帳をお出し下さい。コピーさせていただきます。

9.女性ホルモン製剤は内服中ですか？（はい・いいえ）

「はい」の場合はお薬手帳をお出し下さい。コピーさせていただきます。

10. 血液をサラサラにする薬(抗凝固薬・抗血小板薬)を飲んでいますか（あり・なし）

11. 今までに大きな手術を受けたことはありますか（あり・なし）

ありの場合 _____ 歳のころ 手術内容

12.体内に金属やペースメーカーはありますか（あり・なし）

13 女性の方にお伺いします ☐妊娠の可能性ある ☐妊娠中 ☐授乳中 ☐該当なし

当院では診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

古河総合病院 下肢血管科