

# 静脈瘤問診票

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 歳 男・女 \_\_\_\_\_

生年月日 M. T. S. H. \_\_\_\_\_ 年 月 日

(〒 - )

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

上記以外の連絡先 \_\_\_\_\_

体重 kg 身長 cm

1. 今回の受診は (1~5のいずれかに○印を付けてください)

1. 他院からの紹介
2. 知り合いからの紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)
3. 当院のパンフレットまたは案内を見た
4. インターネットのホームページ
5. その他

2. 職業は立ち仕事ですか? はい・いいえ

3. 立ち仕事でしたら1日何時間位立っていますか?

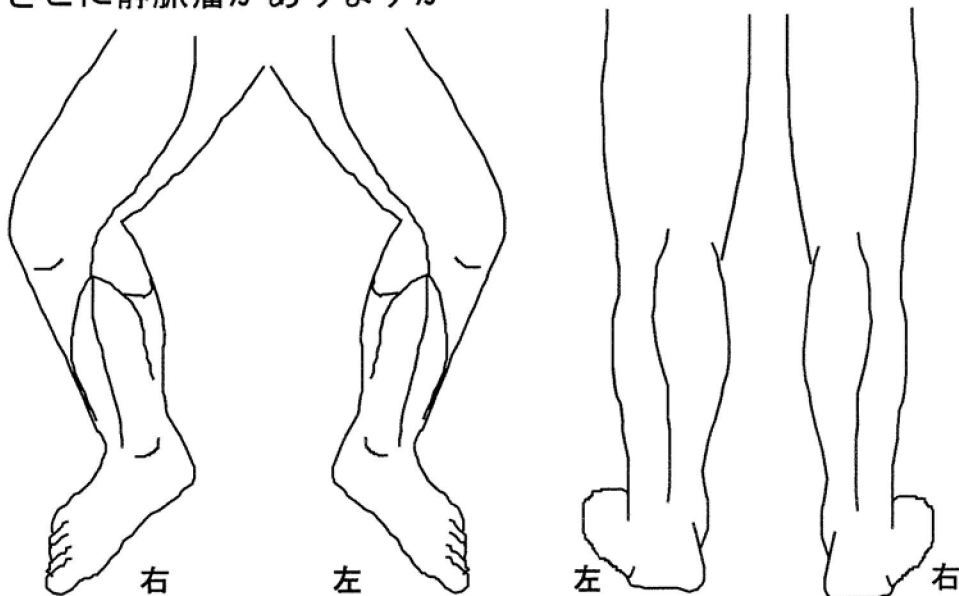
( ) 時間 X ( ) 年

4. 出産は何回ですか ( 回・お子さんの年齢 歳 歳 歳)

5. 症状に○をしてください

1. 取り立てて自覚症状はないが、静脈瘤が気になる。
2. 足が疲れやすい。夕方になると重く感じる。
3. 足が腫れたり、むくんだりする。
4. 寝ているときに、こむら返りがおこる。
5. 静脈瘤の上の皮膚が褐色あるいは黒っぽく変色している。
6. 足に湿疹のような皮膚病があり、かゆみを伴い治りにくい。
7. 足に色素沈着があり一部ただれたり、潰瘍のように掘れこんだりしている。

6. どこに静脈瘤がありますか



うしろのページも  
記入して下さい。

7. 静脈瘤に気付いて何年になりますか

3 5 7 10 15 20 25 30 35 35年以上

8. これまでにかかった病気やけがについてうかがいます。

1. 今治療中の病気とお薬はありますか？あれば病名と薬を書いて下さい  
(はい・いいえ)

病名：

内服中のお薬（特に血液をサラサラにするお薬）

2. これまでにかかった病気や手術を受けた経験はありますか？

(はい・いいえ)

病気や手術：

3. これまでに大きなけがをしたことがありますか？とくに足の骨折や捻挫があれば必ず書いてください。

(はい・いいえ)

けがの部位：

4. 以前に足が腫れ歩けなくなったことがありますか。

(はい・いいえ)

5. 喘息 アトピー アレルギー体質といわれたことがありますか？

(はい・いいえ)

6. 薬を飲んだり注射のあとに気分が悪くなったりじん麻疹がでたことがありますか？ (はい・いいえ)

薬の名前：

7. 歯科で治療中に気分が悪くなったことが有りますか

(はい・いいえ)

8. 現在妊娠中か可能性がありますか (はい・いいえ)

9. 現在授乳中ですか (はい・いいえ)

9. 今後、静脈瘤についてのセミナーや治療法についての最新情報などをお知らせしてもよいですか。(はい・いいえ)