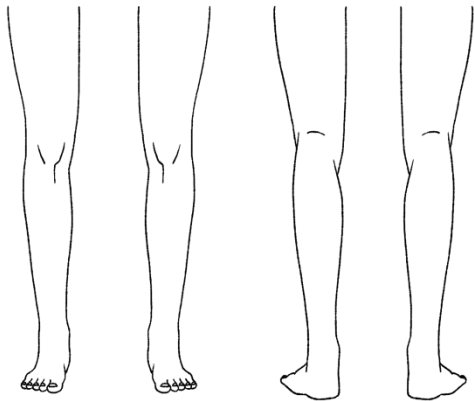


下肢静脈瘤問診票

令和 年 月 日

フリガナ 氏名					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生 (歳)	男・女
住所	〒		電話番号		
			携帯電話		



1. 症状はどのようなものがありますか？部位にも○をつけてください

- 取り立てて自覚症状はないが、静脈瘤が気になる
- 足が疲れやすい。夕方になると足が重く感じる
- 足が腫れたり、むくんだりする
- 寝ている時に、こむら返りが起こる
- 静脈瘤の上の皮膚が褐色、黒っぽく変色している
- 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
- 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で

いる

2. 静脈瘤に気づいて何年になりますか？ (年)
3. 職業は立ち仕事ですか？ はい・いいえ ご職業 ()
立ち仕事の方 1日何時間くらい立っていますか？ (時間) × (年)
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. 女性の方はお答えください。
(妊娠中である・妊娠の可能性がある・妊娠していない) (授乳中・出産の経験がある)
出産経験のある方 出産は何回ですか？ (回) お子様の年齢 (歳・ 歳・ 歳)
6. 今までに薬や食べ物に対するアレルギー
(じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと) がありましたか？
いいえ・はい→薬や食べ物の種類 _____
7. 今までにかかった主な病気、けが、受けられた手術はありますか？
- | | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 時期 _____ | 病名 _____ | 時期 _____ | 病名 _____ |
| 時期 _____ | 病名 _____ | 時期 _____ | 病名 _____ |
| 時期 _____ | 病名 _____ | 時期 _____ | 病名 _____ |
8. 今回の症状で他の医療期間を受診されていればお答えください
() 病院・医院・クリニック 紹介状 (あり・なし) 持参フィルム (あり・なし)
9. 現在ほかの医療機関で治療を受けられておりましたら分かる範囲で記入ください。
病名 _____ 薬品名 _____
10. 当院を受診されたきっかけは？
①ご家族が当院に通院中である ②知人の紹介 ③インターネットをみて
④勤務先が近いので ⑤他の医療機関からの紹介 ⑥自宅が近いから ⑦その他 ()
11. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？ (はい・いいえ)
12. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (はい・いいえ)

当院は診療情報を取得・活用することにより、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いたします。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)