

# 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)