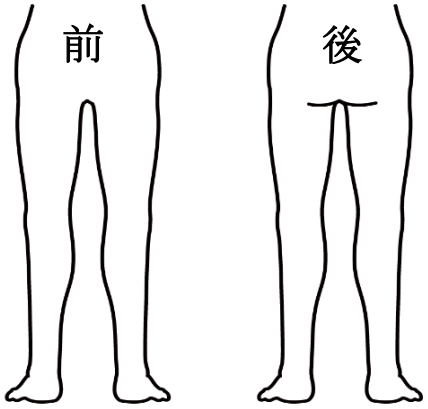
＜ 静脈瘤問診票 ＞　　ID(　　)

フリガナ 氏 名　　男 ・ 女	生年月日（大正・昭和・平成 ・　　） 年　　月　　日生 （　　才）
住所　〒	身長　　cm ・ 体重　　kg
	電話　　－　　－

1. 症状がある部位に〇印をつけてください →



2. どちらの足にありますか
   - ☐ 右足　☐ 左足　☐ 両足
   - ☐ 右足の症状が強い　☐ 左足の症状が強い

3. いつ頃からですか（　　）

4. 具体的な症状に✔マークをご記入ください

☐ 痛み	☐ しびれ	☐ かゆみ	☐ むくみ	☐ だるさ
☐ 赤い	☐ しっしん	☐ 出血	☐ 傷がある	☐ 腫れ
☐ 硬くなっている		☐ アザになっている		☐ 足がつりやすい
☐ 潰瘍になっている		☐ 足の血管がボコボコと浮き出て見える		
☐ その他（　　）				

5. きっかけはありますか　☐ いいえ　☐ はい（下記に✔マークをご記入ください）

☐ 立ち仕事をしている	☐ 過去に立ち仕事をしていた
☐ 足が腫れて歩けなくなったことがある	☐ 足にケガをした
☐ 出産（　　人）	

6. 職業・職歴をご記入ください

職業歴（　　）	1日（　　）時間立っている ・ 立っていた

7. 静脈瘤の治療をしたことがありますか　☐ いいえ　☐ はい（下記に✔マークをご記入ください）

歳頃	☐ 手術　☐ 硬化療法　☐ 弾性ストッキングを履いている
☐ その他の治療（　　）	

～裏面もご記入ください～

＜ 静脈瘤問診票 ＞

8. 現在の症状に✔マークをご記入ください

☐ 悪くなった	☐ 良くなった	☐ 良くなったり悪くなったり	☐ 症状が続いている

9. 希望する治療に✔マークをご記入ください

☐ 症状をやわらげたい	☐ 美しくしたい	☐放置していていいのか知りたい
☐ 必要なら手術を希望する	☐ 手術は希望しない	☐合うストッキングが欲しい

10. 今までにかかったことのある病気に✔マークをご記入ください　☐ 下記に該当する病歴なし

☐ 糖尿病	☐ 心臓病	☐ 高血圧	☐ 肝臓病	☐ 腎臓病
☐ 胃腸病	☐ 高脂血症	☐ 血友病	☐ ぜんそく	☐ じんましん
☐ アトピー性皮膚炎		☐ 花粉症	☐ アレルギー性鼻炎	
☐ その他（　　）				

11. 通院中の方は、病院名をご記入ください　病院名（　　）

12. 今までに入院や手術をしたことはありますか　☐ はい　☐ いいえ

はいの方 →（ 昭/平　　年）（ 病院名/手術名　　）

13. 薬や食物でアレルギーや発疹が出たことがありますか　☐ はい　☐ いいえ

はいの方 → どんな薬や食物ですか（　　）

14. 現在、使用中の薬はありますか　☐ はい　☐ いいえ

はいの方 → 薬名（　　）

15. 血液をサラサラにする薬を飲んでいますか　☐ はい（薬名　　）☐ いいえ

16. 喫煙者の方は記入してください →　タバコ1日（　　）本 ・ 喫煙歴（　　）年

17. 女性の方のみ✔マークをご記入ください

☐ 妊娠の可能性がある	☐ 妊娠中（　　ヶ月）	☐ 授乳中	☐ あてはまらない

18.当クリニックはどのようにして、お知りになられましたか

☐ クリニックの看板	☐ インターネット	☐ タウンページ
☐ イオンモール四条畷の広告	☐ 暮らしのガイドブック	☐ その他（　　）
☐ 知人からの紹介 （ よろしければ、お名前をお聞かせください　　様 ）		
☐ 他院からの紹介 （ 病院名をご記入ください　　）		