

# 外科下肢静脈瘤問診票

日付 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg

住所 \_\_\_\_\_ 市・町 職業 \_\_\_\_\_ どなたと来ましたか \_\_\_\_\_ 何人暮らしですか \_\_\_\_\_ 人

1. 症状の部位にあてはまる場所に○をつけてください。

- ・痛み
- ・出血
- ・傷がある
- ・しびれ
- ・だるさ
- ・冷たい
- ・かゆみ（湿疹）
- ・むくみ
- ・腫れている
- ・静脈瘤（左 右）
- ・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したか。

4. 嗜好品、生活習慣について

タバコ \_\_\_\_\_ 本/日 喫煙歴 \_\_\_\_\_ 年

どんな運動をしますか。 \_\_\_\_\_

(週 回 時間)

好きな食べ物に○を付けてください。 肉 卵 牛乳 パン お菓子 野菜 魚 酒

5. アレルギーについて 食物のアレルギー（なし・あり）

薬のアレルギー（なし・あり）

造影剤のアレルギー（なし・あり）

家族が造影剤でショックをおこしたことは（なし・あり）

6. 現在かかっている病気と、通院している病院はありますか。

高血圧 肝臓病 糖尿病 脳梗塞 心臓病 腎臓病 高脂血症 血友病 喘息

その他（ \_\_\_\_\_ ） 病院名 \_\_\_\_\_

7. 内服している薬（なし・あり） 内容 \_\_\_\_\_

8. 抗凝固剤（血液をサラサラにする薬）を内服していますか（なし・あり）

9. 今まで手術を受けたことがありますか（なし・あり）

（ \_\_\_\_\_ 歳の時） 手術名 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_

（ \_\_\_\_\_ 歳の時） 手術名 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_

10. 体内に金属・ペースメーカーはありませんか（なし・あり）

11. 1ヶ月以内に海外に行きましたか（なし・あり）

12. 医師よりリハビリを勧められたら希望しますか。  いいえ  はい  わかりません

※女性の方に伺います。  妊娠の可能性がある  妊娠中  授乳中  あてはまらない

Nsサイン \_\_\_\_\_

