

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 _____

