

問 診 票

年 月 日

[ID] (血管外科)

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 齢	歳
			年 月 日		
住 所	〒 ー 前回の受診からの変更 (有・無)				
電 話	自宅 ()	本人携帯 ()	緊急連絡先 ()	続柄 []	
身長 :	cm	体重 :	kg	体温 :	℃
職業 :					

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

いいえ ・ はい

【1】 本日受診された理由を教えてください

☆見た目が気になる

下肢静脈瘤 (ポコポコした血管・青く浮いた血管)

☆症状が辛い

痛み・重だるさ・こむら返り・かゆみ・むくみ・しびれ・冷え
腫れ・湿疹・色素沈着・潰瘍・その他 ()

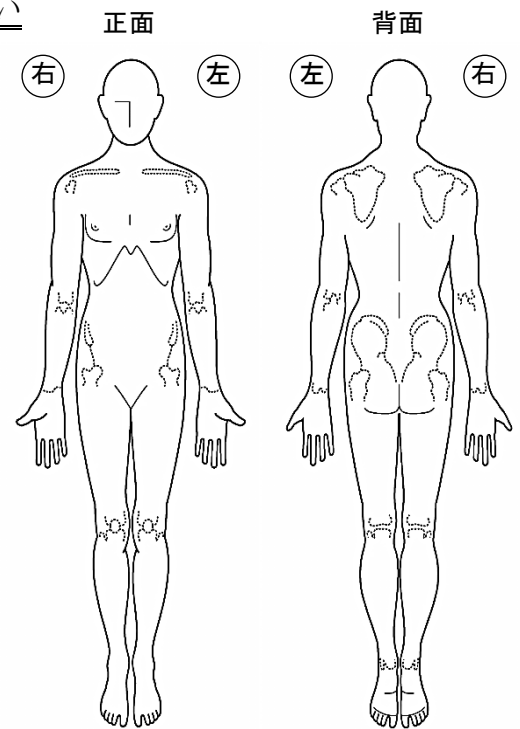
1) いつ頃からですか (前)

2) どの部位ですか 右下の図に○をつけて下さい

3) 考えられる原因はありますか

ない

ある 出産・手術・立ち仕事・座り仕事
遺伝・その他 ()



【2】 下肢静脈瘤でお困りの方におたずねします

1) 当院以外で治療を受けられましたか

はい いいえ

⇒はいの場合ご記入下さい

☆病院・医院名

()

☆治療を受けた時期

(前)

☆治療内容

(静脈抜去術 ・ 血管内焼灼術(レーザーまたは高周波)
高位結紮術 ・ 瘤切除術 ・ 硬化療法 ・
弾性ストッキング)

☆治療を受けた足

(両方 ・ 右 ・ 左)

2) 手術を受けることになった場合どちらを希望されますか

(日帰り ・ 入院)

裏面もご記入下さい

【3】 今回の症状以外で...

1) 今までにかかった病気や現在治療中の病気がありますか

ない

ある かかりつけ病院 () 医院・クリニック・病院)
心臓・肝臓・腎臓・糖尿病・高脂血症・高血圧・甲状腺の病気
その他 ()

☆現在飲んでいる薬はありますか (経口避妊薬・市販薬を含めて)

ない

ある 内容 ()

2) 今までに病気やけがで手術を受けたことがありますか

ない

ある (歳の時) () 病院) 診断 () 手術名 ()
(歳の時) () 病院) 診断 () 手術名 ()

☆人工物が体内に入っていますか

ない

ある 部位 () 素材 ()
部位 () 素材 ()

【4】 今までに薬・注射・内服薬・造影剤・食物で異常が起こったりアレルギー体質と言われたことはありますか

ない

ある 何が原因で? ()
症状は? ()

【5】 女性の方におたずねします 現在妊娠や授乳をされていますか

いいえ

はい 妊娠・授乳 () ヶ月)

【6】 診察、治療でのご相談やご協力をして頂ける方(キーパーソン)は、おられますか

いいえ・はい お名前 () 関係 ()
連絡先 (自宅・携帯・勤務先・その他 ())

【アンケート】 ご協力をお願いします当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

ホームページ・広告(雑誌・新聞・チラシ・ポスター・その他 ())を見て
講演会・市民(健康)講座・西の京病院主催の教室に参加して
他院からの紹介 (医療機関名 ())
西の京病院/他科からの紹介 () 科 () 先生、人間ドック/PET等検査)
知人(親、兄弟、友人、病院の人)の紹介・近くて便利

介護保険認定：有・無・申請中

認定有の方：要支援 () / 地域包括支援センター (施設名 () 担当者 ())
要介護 () / ケアマネジャー (施設名 () 担当者 ())
連絡先：施設・携帯・その他 () () ()

【7】 ご質問やご要望などがございましたらご記入ください

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。