

下肢静脈瘤問診票

氏名 ふりがな
 男・女 生年月日 年 月 日 電話番号
 郵便番号 - 住所

◆症状がでたのはいつ頃からですか？ ◆どちらの足ですか？

年 月 頃から 両足 右 左

◆どのような症状がありますか？

足の静脈が膨れている 足がだるい 重い 疲れやすい
ほてる むくむ 足がつる 痒み 湿疹がある
皮膚が赤黒っぽい
その他 ()

◆以前下肢静脈瘤の手術をしたことがありますか？

→いいえ・はい(右足 左足 両足)

◆手術をしたのはいつ頃ですか？→(年 月 頃 病院名)

◆今までにかかった病気はありますか？→いいえ・はい(病名)

◆現在治療中の病気はありますか？→いいえ・はい(病名)

◆内服している薬はありますか？→いいえ・はい→お薬手帳持参していない場合は、薬剤名を記入してください(薬剤名)

◆アレルギーはありますか？→いいえ・はい(薬: 食品:)

◆女性の方 現在妊娠中/妊娠されている可能性はありますか？ →いいえ・はい

授乳中ですか？ →いいえ・はい

《以下のアンケートにもご協力お願いします》

● 当院をどちらで知りましたか？（複数回答可）

看板 折込みチラシ 知人の紹介 他院からの紹介

病院ナビ Eパーク ドクターズファイル MEDLEY

グーグル Medical Doc(おすすめしたい6医院) その他()