

静脈瘤外来問診票

診察券番号

受診日 令和 年 月 日

問診表は患者さんの状態を把握し、安全に治療をすすめるうえで重要な書類となりますので、できる限り正確にお書き下さい。書ききれない場合は、診察時にお話し下さい。

おくすり手帳をお持ちの場合はご提示ください。

春岡通クリニック 院長

(ふりがな)

生年月日

明・大

お名前

男・女

昭・平・令 年 月 日 (歳)

〒

自宅

住所

電話番号 携帯

勤務先

ご職業

▼どのような症状がありますか？

血管が浮き出る・足がつる(こむら返り)・だるい・むくむ・かゆい・痛い・傷
その他()

▼いつからですか？ ()日前・()ヵ月前・()年前・妊娠後～

▼現在治療中の病気、または過去に治療をした病気はありますか？

なし・あり → 糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・脳疾患・がん()・その他()
通院中の病院名()

▼血縁の人で同じような症状の方はいますか？

いない・いる()

▼静脈瘤の治療をしたことがありますか？

なし・あり()

▼これまで最も長い期間従事したお仕事は何ですか？

()

▼現在飲んでいるお薬はありますか？

なし・あり → お薬名() おくすり手帳をお持ちの方はご提示下さい

▼薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

なし・あり → 食品名() お薬名()

▼たばこを吸ったことがありますか？

なし・あり → ()本/日 ()年間・禁煙した()才の時

▼アルコールを飲みますか？

いいえ・はい → ビール・焼酎・ワイン・日本酒()杯を、毎日・週に数回・月に数回

▼女性の方へ

妊娠中ですか？ いいえ・はい()ヵ月

授乳中ですか？ いいえ・はい

▼来院のきっかけは何ですか？

知人の紹介・他の病院からの紹介・看板を見て・ホームページを見て・近所にお住まい

※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。