


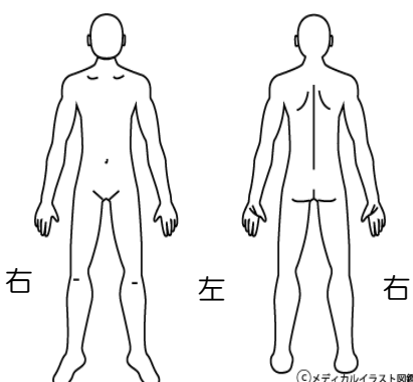
紹介状（有・無）

問診票

ID:
日付:

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前		性別			
ご住所	 □□□-□□□□	自宅電話			
		携帯電話			
当クリニックから連絡してもよいご連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	(<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃)	

該当する項目に チェックを付けてお答え下さい。

今日はどうされましたか？	血管のこと	<input type="checkbox"/> 血管がふくらんでいる <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> つる <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> シミがある <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 冷たい <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> くもの巣のような血管が目立つ	【部位】 体のどの部分ですか？ 症状のあるところに○マルを付けて下さい。 
	※血管に関する方のみお答え下さい	<ul style="list-style-type: none"> ● 以前に、静脈瘤の診療や治療を受けたことがありますか？ いいえ・はい（具体的に) ● お仕事は立ち仕事ですか？ いいえ・はい（具体的に) ● ご家族で静脈瘤の方はいらっしゃいますか？ いいえ・はい (祖父・祖母・父親・母親・兄弟・子) 	
	内科症状	<input type="checkbox"/> 熱がある _____℃ <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 予防接種希望（インフルエンザ）	
	その他	※上記の症状にあてはまらない場合はこちらへご記入下さい。 <input type="checkbox"/> シェント <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> その他（具体的に)	
症状はいつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> 今日始めて <input type="checkbox"/> () 前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在痛みはない		
今までかかった事のある病気をすべてお答え下さい	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 癌 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名 ()	☆お薬手帳をお持ちの方は 受付にご提示下さい。

★裏面も記入して下さい



お薬や食品でアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名 () 食品名 ()
かかりつけのクリニック(病院)はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 病院名 ()
喫煙・飲酒はされていますか？	喫煙歴： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 現在喫煙中 () 本/1日 時々 <input type="checkbox"/> () 年前に禁煙 飲酒歴： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(ビール・日本酒・焼酎・ワイン)などを () /1日 時々	
妊娠・出産について教えてください(※女性の方のみ)	● 出産歴はございますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () 人	
	● 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 週	
当院はどのようにお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 他院から紹介(病院名：) <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> セミナー <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> バスのアナウンス <input type="checkbox"/> 折り込みチラシ <input type="checkbox"/> TODAY <input type="checkbox"/> タウンニュース <input type="checkbox"/> 広報よこはま <input type="checkbox"/> 県のたより	
身長・体重を教えてください	身長： _____ cm	体重： _____ kg
その他、伝えたいことがございましたらご記入下さい		

ご協力ありがとうございました。

ご記入が終わりましたら、受付にご提出いただきしばらくお待ち下さい。



川崎鶴見血管外科クリニック