

紹介状（有・無）

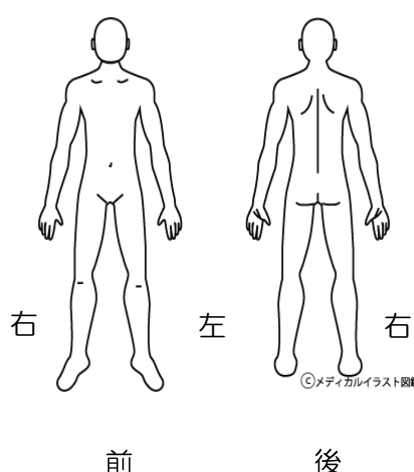
問診票

ID:

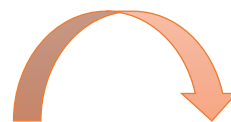
日付:

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正		<input type="checkbox"/> 男性
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 女性
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（裏面もあります）

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	<h2>【部位】</h2> <p>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</p>  <p>右 左 右 前 後</p>
	※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・兄弟姉妹・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"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 血糖値が高い <input type="checkbox"/> 脂質異常 <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"/> シャント <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> できもの(粉瘤など) <input type="checkbox"/> その他(具体的に)	
症状はいつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> () から <input type="checkbox"/> 現在症状はない <input type="checkbox"/> 不明		
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・・・お薬手帳等ある方は記入不要です ☆お薬手帳をお持ちの方は薬品名 () 受付にご提示下さい	

★裏面も記入して下さい



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 () その他 ()
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 医療機関名 ()
喫煙・飲酒はされていますか？	喫煙歴： <input type="checkbox"/> 吸わない () 年前に禁煙 <input type="checkbox"/> 吸う 現在喫煙中 () 本/1日 時々 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・その他) () /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
伝えたいことがございましたら簡単にご記入下さい	※WEB 予約で備考欄に記入済みの内容については記載不要です	
<p>☆患者様満足度向上のため簡単なアンケートをお願いする場合がありますがご協力いただけますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 協力できる <input type="checkbox"/> 協力できない</p>		

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