

紹介状（有・無）

問診票

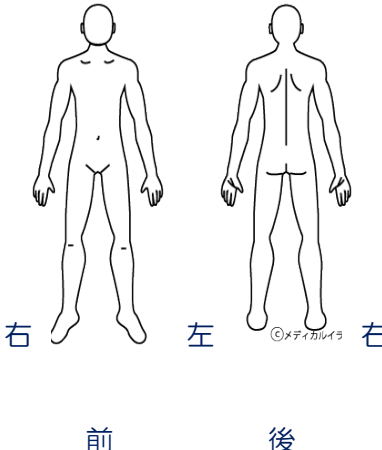
ID:

日付:

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男性
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 昭和	(歳)		<input type="checkbox"/> 女性
ご住所	〒 —	自宅電話					
		携帯電話					

希望連絡先

自宅電話 携帯電話 (午前 午後 時頃)

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"/> 重い <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> つる <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 傷がある <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 <input type="checkbox"/> その他 ()	<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> 
	※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"/> 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	
	その他	※上記の症状にあてはまらない場合 <input type="checkbox"/> できもの(粉瘤など) <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> シェント(右・左) <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"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 癌 () <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <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 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> その他 ()	
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	
☆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？ <input type="checkbox"/> 協力できる <input type="checkbox"/> 協力できない		

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