

◀外科

記入日： 年 月 日

氏名 様 / 生年月日 /身長 cm /体重 kg

他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？ はい ・ いいえ

1. 症状は？	
2. いつからですか？	
3. 部位（場所）はどこですか？	
4. 血縁にがんの方はおられますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ ）
5. 本人がかかったことがある、 または治療中の病気	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 痙攣発作（ひきつけ） <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 精神神経病 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> その他 （ ）
6. 過去に受けた手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手術名（ ）
7. 現在服用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名（ ）
8. 薬や注射で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名（ ）
9. 食品で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食品名（ ）
10. 月経	<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経 （ 歳頃 ）
11. 最終生理	月 日から 月 日まで
12. 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 授乳中
13. 煙草	<input type="checkbox"/> 全く吸わない <input type="checkbox"/> 吸っていた <input type="checkbox"/> 吸っている 1日 本を 年間
14. 酒類	<input type="checkbox"/> 全く飲まない <input type="checkbox"/> 飲んでた <input type="checkbox"/> 飲んでいる 1日ビール 本 清酒 合
15. 本人へ病名を告知して良いか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
16. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

▼以下は「下肢静脈瘤外来」を受診される方だけの質問です

18. 弾性ストッキングや圧迫着衣を履いたことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
19. 「下肢静脈瘤外来」をどのようにして知りましたか	<input type="checkbox"/> 主治医の紹介 <input type="checkbox"/> 院内のポスター <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他（ ）

ありがとうございました

2022年10月17日改訂