

予診表

出来るだけ詳細にご記入の上、初診時にお持ちください。

(ふりがな) 氏名		ご職業	
		生年月日	年 月 日(歳)
住所	〒 ー	電話番号	() ー
		携帯電話	() ー
緊急連絡先 (ご関係)	お名前 ()	電話番号	() ー
主治医	病院 科	医師名	先生
診療情報提供書	病院 科	医師名	先生

A) これまでにかかった大きなご病気・手術

現病歴 (浮腫の原因となつたご病気とその経過)			
既往歴 (その他のご病気と経過)			
放射線治療	なし・あり (ありの場合)照射部位: 期間: 年 月～ (クール:)		
抗がん剤 ・ホルモン治療	なし・あり(ありの場合下記にご記入ください) (抗がん剤・ホルモン剤)使用薬の名前: 期間・回数: (抗がん剤・ホルモン剤)使用薬の名前: 期間・回数: (抗がん剤・ホルモン剤)使用薬の名前: 期間・回数: (抗がん剤・ホルモン剤)使用薬の名前: 期間・回数:		
服用中のお薬 (病院等で処方され、飲んでいるもの)			
アレルギー	なし・あり (ありの場合:)		

B) あてはまる症状・疾患

循環器	なし・あり (心不全・高血圧・不整脈・心房細動・脳血管疾患)	その他	
甲状腺	なし・あり (甲状腺機能亢進症・甲状腺機能低下症)	その他	
肝臓	なし・あり (肝硬変・肝炎< A型 / B型 / C型 / D型 / E型 >)	その他	
腎臓	なし・あり (ネフローゼ・腎炎・腎不全)	その他	
排便障害	なし・あり (腸閉塞・人工肛門)	その他	
排尿障害	なし・あり (尿閉・尿失禁・排尿痛・頻尿)	その他	
神経疾患	なし・あり (麻痺・けいれん・しびれ・感覚異常)	その他	
皮膚疾患	なし・あり (アトピー・アレルギー・水虫)	その他	
静脈疾患	なし・あり (静脈血栓症・静脈瘤・静脈炎)	その他	
その他	なし・あり (多血症・糖尿病・更年期障害・リウマチ)	その他	

C) 現在の浮腫の状況

①	浮腫の出る場所 性器の浮腫の有無	場所： なし・あり
②	いつから浮腫が出始めましたか？	年 月ごろ (手術後 年)
③	浮腫の始まった部位	例:右足首、左手の甲
④	原因と思われるもの	先天性・原発性・手術後・静脈疾患 ・外傷後・分娩後・その他
⑤	浮腫が重く感じられる時はいつ？	
⑥	蜂窩織炎(蜂巣炎)になったことはありますか？	ない・ある(年に 回程度) 最近の発症: 年 月ごろ 症状:発赤/紅斑/発熱
⑦	浮腫に対しておこなっていること	特になし・あり(マッサージ・浮腫のある部分の高位保持・空気圧迫器の使用・運動・バンデージ・その他< >)
⑧	弾性スリーブ・ストッキングの着用	なし・あり ありの場合:以前使っていた・現在も使用中(年 月より) 商品名:メーカー() クラス()
⑨	浮腫に対して他の医療機関・治療院での治療	なし・あり(内容:)

D) その他日常生活に関すること

①	身長	cm
②	体重	kg
③	平熱	°C
④	血圧	/
⑤	食欲	旺盛・普通・少食
⑥	排便	回数(回/ 日) 軟便・普通・硬便
⑦	排尿	回数(回/ 日) 頻尿気味・普通・少ない
⑧	睡眠	時間(時間/ 日) ぐっすり眠れる・眠りが浅い・
⑨	喫煙	吸わない・吸う(本/ 日) 喫煙開始年齢(歳より)
⑩	飲酒	飲まない・飲む(飲むアルコールの種類: 本 / 日)
⑪	家族構成	一人暮らし・同居家族あり(人(自分を除く) 構成:)
⑫	通院時間・方法	治療院までの通院時間: 通院方法:車で・電車で・自転車で・徒歩で
⑬	治療日の送迎	送迎あり・自力で通院