

問診表

平成 29年 月 日

| | | | |
|------------|----------------------|-------|----------------------|
| フリガナ 氏名 | | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 |
| | | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒 ー ー 都道 市区 府県 町村 | 身長・体重 | 身長: cm 体重: kg |
| | | 電話番号 | ー ー 携帯電話 ー ー ID |

◎今回ご来院の症状以外に治療中の病気、持病などありましたらレ点でご記入ください

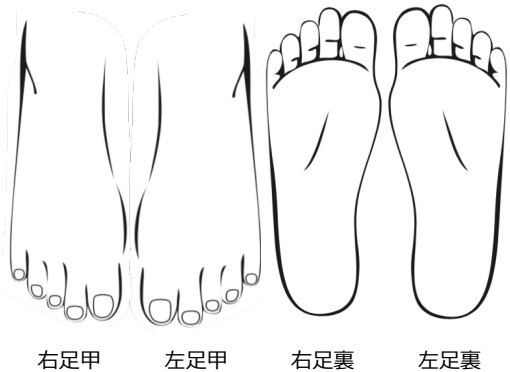
- 糖尿病 関節リウマチ 高血圧 高脂血症 心疾患 閉塞性動脈硬化症（末梢動脈疾患） 脳卒中
 膝部疾患 腰部疾患 その他：（ご記入欄： ）

◎服用されている薬があれば教えてください

ご記入欄：

◎どんな症状か、症状の種類をお教えてください。右図に症状のある部位に○を記載して下さい。

- 痛み(鋭い痛み・鈍痛・ズキズキした痛み) タコ・魚の目
 痺れ(しびれ) 痙攣(けいれん)・足のつり 巻き爪
 痒み(かゆみ) 足の重み・疲れ 静脈瘤
 足のむくみ その他:(ご記入欄：)



症状：（できるだけ詳しくご記入ください）

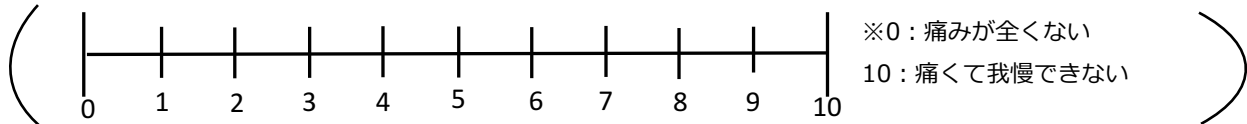
◎症状はいつからですか？ ※お分りの範囲でお願いいたします。 年 カ月前から

◎きっかけはありますか？ あり → なし

詳細：

↓ 症状が痛みの場合、下記を記載して下さい 記入例)

痛みの程度：（痛みの程度を10段階でご記入ください）



◎どんな時に症状がありますか？

- 歩いている時 立っている時 座っている時 安静時 常時 歩きだす時 歩いたあと
 その他（ご記入欄： ）

◎どんな時に症状が和らぎますか？

- 安静時 座っている時 裸足 入浴時 足を挙げている時 特になし
 その他（ご記入欄： ）

◎生活習慣： ■たばこ 本/1日 喫煙年数 年 ◎ 1日の歩行時間 約 時間

◎普段の靴について： ※普段一番履かれている靴をお教えてください

- スニーカー 革靴 ヒール(4cm未満 4cm以上) サンダル その他：

◎何か運動やスポーツをされていますか？ 種目： 頻度・時間： 日/週、 分くらい

◎この症状について他の病院で受診されたことはありますか？ ※お分りの範囲でご記入ください。

いつ： 年 月 日頃 病院名： _____

治療内容：

※女性の方へのご質問です。 現在、妊娠の可能性はございますか はい いいえ

◎今後の医学の発展のため診療時の検査データなどを学会などで使用させて頂く場合がございます。

個人情報保護に留意した上で使用させていただきますが、同意を得られない場合は右欄に○でチェックをお願いします。⇒ 同意しない