

# 問診表

平成 30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	〒	— 都道 市区	身長・体重	身長: cm 体重: kg
		— 府県 町村		
電話番号	— —	携帯電話	— —	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： \_\_\_\_\_）

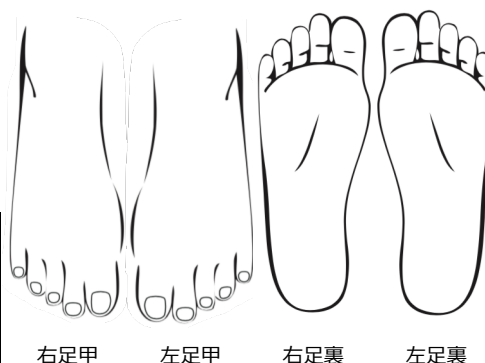
◎服用されている薬があれば教えてください

ご記入欄： \_\_\_\_\_

◎アレルギーはありますか？ はい・いいえ

◎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 → 詳細： \_\_\_\_\_  
なし

↓ 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。

個人情報の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