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 府県　　町村	身長・体重	身長:　　cm　体重:　　k g
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：

◉ 薬剤アレルギーはありますか？　あり・なし　　（詳細：　　）

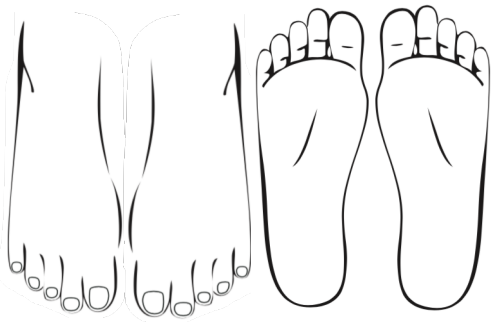
◉どんな症状か、症状の種類をお教えください。右図に症状のある部位に○を記載して下さい。

☐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:　　)



右足甲　左足甲　右足裏　左足裏

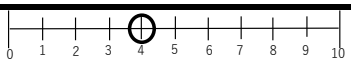
症状：（できるだけ詳しくご記入ください）

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

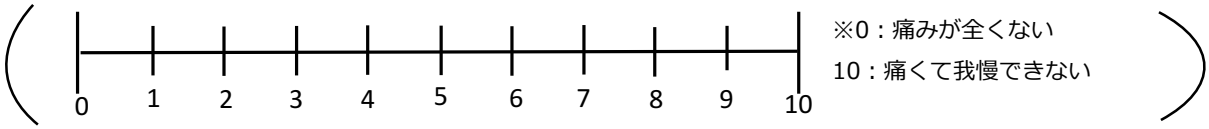
◉きっかけはありますか？☐あり →　詳細：

☐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）



※0：痛みが全くない
10：痛くて我慢できない

◉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？　※お分か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