

むくみ 問診票

氏名 _____

どこが腫れていますか？腫れている部位を○で囲んで下さい。

左 ・ 右 ・ 左右どちらも

腕 ・ 手 ・ もも ・ すね ・ 足 ・ その他 ()

いつ頃から腫れていますか？

年 月 日から

腫れたきっかけはありますか？

いいえ

は い : 仕事 ・ スポーツ ・ 旅行 ・ 冠婚葬祭 ・ その他 ()

現在、治療中のご病気はありますか？

いいえ

は い : 腎臓疾患 ・ 心疾患 ・ 肝疾患 ・ 甲状腺疾患 ・ 脳血管障害 ・ 呼吸器疾患
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 貧血 ・ その他 ()

手術をしたことはありますか？

いいえ

は い : 乳がん ・ 子宮がん ・ 大腸がん ・ 前立腺がん ・ 外陰がん ・ 悪性黒色腫 ・ その他
手術の年月日 年 月 日

—以下、手術歴のある方のみお聞きします—

放射線治療・化学療法を受けたことがありますか？

いいえ

は い : 治療期間 年 月から 年 月

むくみに対して、他の医療機関などで治療を受けたことがありますか？

いいえ ・ は い

圧迫着衣を使用したことはありますか？

いいえ

は い : 弾性スリーブ ・ 弾性ストッキング ・ 弾性包帯
最終購入時期 年 月 頃