

浮腫の問診票

年 月 日

フリガナ		体重 kg	性別
氏名		身長 cm	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	歳
住所	〒 - - 自宅電話番号 - - 携帯番号 - -		
職業	電話番号 - -		

どこが腫れますか？ 腫れる部位に○印をしてください
顔・腕・手・胸・陰部・お尻・すね・足・その他()

いつ頃から腫れていますか？
年 月 日から

発症のきっかけに○印をしてください
仕事・スポーツ・長距離旅行・冠婚葬祭・その他()

以下の症状があれば○印をつけてください
息切れ・呼吸困難・胸痛・痛み・熱感・発赤・腫瘍
下痢・食欲低下・腹部膨満感・麻痺・その他()

体重変動 ()kg 増・減

排尿回数
変わらない・減った

腫れに変動はありますか？
あり・なし

皮膚色に変化はありますか？ 当てはまるものに○印をつけてください
赤みがある・硬くなっている・テカテカしている・その他()

手術歴
時期 年 月頃 手術内容()

放射線治療・抗がん剤治療の有無
あり・なし

現在かかっている病気、またはかかったことのある病気はありますか？
()

服用中の薬はありますか？
あり・なし
※お薬手帳をお持ちの方は看護師にお渡してください

女性の方に
妊娠(あり・なし) 月経(日周期)

浮腫に対して治療を受けたことはありますか？
あり・なし