

## 「あしの悩み」専門外来 初診問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前		ご住所			
		(男・女)	電話番号	自宅電話	/携帯電話
生年月日	昭和・平成・令和	体温	血圧	脈拍	
	年 月 日 ( 歳)	°C	/	回/分	
( クリニック記入欄 )					

あしのお悩みについてお聞きます。あてはまる箇所にチェック(☑)し、【 】内にご記入ください(複数選択可)。

★ あしの症状について

- ① 太い血管が浮き出ていますか？  
なし あり ( 右 左 左右とも )  
「あり」の場合、いつ頃からですか？ 【                      】 頃から
- ② むくみがありますか？  
なし あり ( 右 左 左右とも )  
「あり」の場合、いつ頃からですか？ 【                      】 頃から
- ③ 重苦しいだるさがありますか？  
なし あり ( 右 左 左右とも )  
「あり」の場合、いつ頃からですか？ 【                      】 頃から
- ④ あしがつりますか(こむらがえり)？  
なし あり ( 右 左 左右とも )  
「あり」の場合、いつ頃からですか？ 【                      】 頃から
- ⑤ あしの色が悪くありませんか？  
なし あり ( 右 左 左右とも )  
「あり」の場合、いつ頃からですか？ 【                      】 頃から
- ⑥ 潰瘍はありませんか？  
なし あり ( 右 左 左右とも )  
「あり」の場合、いつ頃からですか？ 【                      】 頃から

