

「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)	℃	/	回/分	
(クリニック記入欄)					

当院をどこでお知りになりましたか？

インターネット・電柱広告・駅看板・郵便局封筒・ご家族・お知り合い・通りがかり
 ・その他()

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 重苦しいだるさはありますか？

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)

