

「あしの悩み」専門外来 問診票

お名前..... ご記入日.....年.....月.....日

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】

⑦ 歩いていると、あしの痛みやしびれのために、休憩が必要でしょうか？

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】
休憩なしで、どのくらい歩くことができますか？ 【 】 mくらい】

★ 今までに上記症状で、検査や治療を受けたことがありますか？

なし あり 「あり」の場合、いつ頃ですか？ 【 】 頃】

どのような検査、治療ですか？ 【 】

★ 自由記載欄