

## 下肢外来問診表

★問診表に書かれた内容は、医療サービスのみ利用し、他の目的では利用しません。

令和      年      月      日

### ◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？(はい・いいえ)

ふりがな	性別	紹介状	診察前の体温
お名前	男・女	有 ・ 無	度      分
生年月日 明・大・昭・平      年      月      日生	歳	当院にかかられたことはありますか？ ない ・ ある (      年      月頃)	
住所 干 (      -      )		連絡先電話番号 (      )	

1. 症状があるのはどちらの足ですか？ ( 右 ・ 左 ・ 両 )
- ◆両足の方へ…どちらが先に悪くなりましたか？ ( 右 ・ 左 ・ 両 )
  - ◆症状はいつ頃からですか？ (      )
  - ◆どのような症状ですか？  
ポコポコしている・むくみ・だるさ・皮膚炎(湿疹・皮膚の変色)・痛み・かゆみ・つる  
その他 (      )
  - ◆この症状について、他の医療機関で診療あるいは治療を受けましたか？ ( いいえ ・ はい )  
はい と答えた方…どこの医療機関ですか？ (      )  
いつごろですか？ (      )  
どんな治療を受けましたか？ ( 手術・レーザー・硬化療法 )
2. 現在の職業は何ですか？ (      )
- ◆前の職業は立ち仕事でしたか？    いいえ ・ はい (      )
  - ◆血縁者に静脈瘤の方はいますか？    いいえ ・ はい (      )
  - ◆女性の方へ…出産の経験がありますか？    ない ・ ある (      回 )
3. 現在通院・治療中の病気がありますか？ (はい・いいえ)
- 「はい」の方は通院中の医療機関名・疾患名を記載してください。  
医療機関名(      )疾患名(      )
4. いままでにかかった病気・手術などがありますか？ (はい・いいえ)
- 「はい」の方は病名などを記載してください。  
(      )
5. 現在、内服中の薬・処方されている薬はありますか？ (はい・いいえ)
- 「はい」の方は薬の名前がわかれば書いて下さい。(お薬手帳の提出でも可)  
(      )
6. 今までに薬や食べ物で気分が悪くなったこと、アレルギー等がありますか？ (はい・いいえ)
- 「はい」の方はどのような症状でしたか？(薬の名前や原因がわかれば書いて下さい)  
(      )

**下肢外来問診表**

★問診表に書かれた内容は、医療サービスのみ利用し、他の目的では利用しません。

7. この1年間で特定健診※および後期高齢者医療健診を受けましたか？（はい・いいえ）  
「はい」の方は健診時期および結果（指摘事項）を書いてください。

( )

★マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です

※特定健診とは、対象者（40歳～74歳）の方を対象に生活習慣病の予防に着目した健診。

8. （女性の方へ）現在、妊娠していますか？（はい・いいえ）

9. 飲酒歴 （有・無） アルコール \_\_\_\_\_本位/日 \_\_\_\_\_年間  
喫煙歴 （有・無） タバコ \_\_\_\_\_本位/日 \_\_\_\_\_年間

10. その他、心配なこと・相談があればご記入下さい。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点（2023年12月31日までは6点） 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）