

＜リンパ浮腫外来問診票＞ 記入日： 月 日

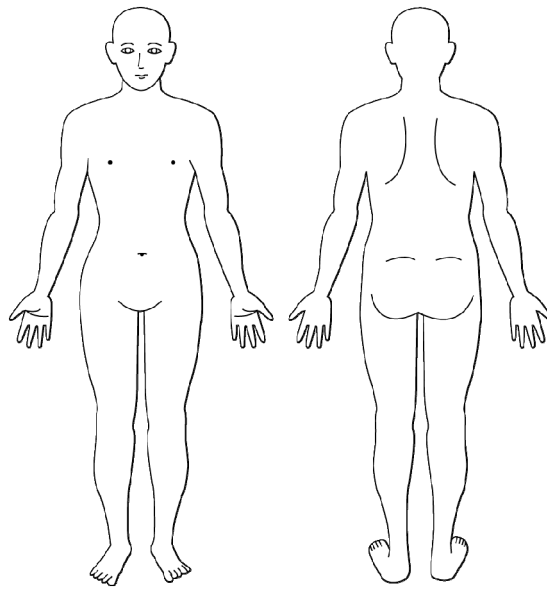
ふりがな
 【氏名： _____】 【生年月日：西暦 _____ 年 月 日】 【年齢： _____ 歳】
 【電話番号： _____ - _____】 【メールアドレス： _____】
 【住所： _____】 【家族構成： _____】
 【職業： _____】 【通勤方法： 徒歩・自転車・車・電車・バス・その他(_____)】
 【趣味・活動： _____】

①どんな症状がありますか？ 痛い・だるい・重い・つっぱる・疲れやすい
 その他(具体的に： _____)

②いつからですか？ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

③きっかけはありましたか？ いいえ・はい(具体的に： _____)

④症状のある所を、図に斜線///でご記入ください



⑤蜂窩織炎の経験はありますか？ いいえ・はい(西暦 _____ 年 _____ 月頃)

⑥リンパ浮腫についてご存じですか？ いいえ・少し知っている・よく知っている

⑦医療機関で指導を受けたことがありますか？ いいえ・はい
 (はいと回答の方)どんな内容でしたか？(_____)

⑧今実施中の治療・ケアはありますか？ いいえ
 はい(リンパドレナージ・圧迫・運動・スキンケア
 体重管理・その他： _____)

⑨今後どのような治療・ケアを希望されますか？
 (_____)

⑩気になることやご質問など、ご自由にご記入ください
 (_____)

診療情報提供書(紹介状)をお持ちでない方は次のページもご記入ください

「ご病状についておたずねいたします。以下の質問にお分かりになる範囲でご記入ください。」

- ⑪ 今までにどんなご病気をされましたか？
乳がん・子宮がん・卵巣がん・前立腺がん
膀胱がん・その他()・特になし
- ⑫ 手術を受けたことがありますか？
(はいと回答の方) どんな手術ですか？
いいえ・はい
乳房(温存・乳房切除・乳腺切除・その他)
婦人科(子宮全摘・付属器切除・その他)
その他()
- ⑬ リンパ節郭清はしましたか？
(はいと回答の方) どの部分ですか？
いいえ・はい
腋窩・鎖骨下・骨盤・傍大動脈
その他()
(お分かりの方のみ) 何個郭清しましたか？
()個
- ⑭ 手術以外の治療はされましたか？
(はいと回答の方) どんな治療ですか？
いいえ・はい
放射線照射(場所：)
化学療法(薬剤名：)
ホルモン療法(薬剤名：)
その他()
- ⑮ 服薬中の薬があればご記入ください
()
- ⑯ 以下の病気(症状)で経験したことのあるものがあれば、○で囲んでください
高血圧・糖尿病・気管支喘息・心疾患・腎疾患・甲状腺疾患・神経疾患
貧血・骨折・麻痺・感覚障害

＊ご記入いただいた情報については、個人情報として当クリニックにて厳重に管理し、
リンパ浮腫の治療・ケア目的以外には使用いたしません。