

<リンパ浮腫外来問診票> 記入日: 月 日

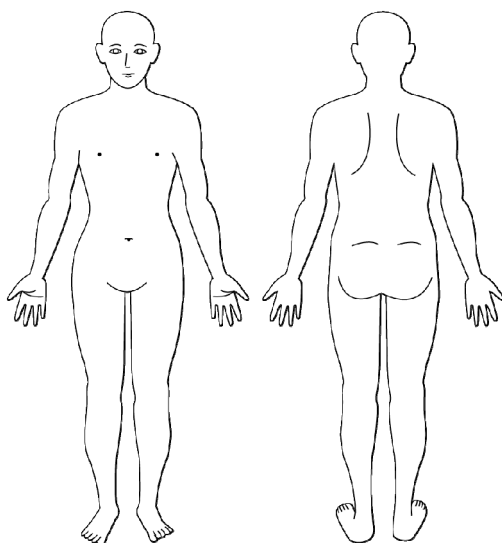
ふりがな
【氏名: _____】 【生年月日: 西暦 年 月 日】 【年齢: 歳】
【電話番号: _____】 【メールアドレス: _____】
【住所: _____】 【家族構成: _____】
【職業: _____】 【通勤方法: 徒歩・自転車・車・電車・バス・その他()】
【趣味・活動: _____】

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

