

リンパ浮腫問診票

フリガナ 氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
住所 〒	—
TEL :	身長 : cm 体重 : kg

- 浮腫があるのは、どこですか？（右腕・左腕・右脚・左脚・その他： ）
 - リンパ浮腫がはじまったのは、いつ頃からですか？（ 年 月）
 - 患肢に痛み、シビレ、麻痺などがありますか？（ある・ない）
➤ “ある”とお答えの方はどこにありますか？（ ）
 - 出産経験はありますか？（ある・ない）回数（ 回）
 - 血縁者にリンパ浮腫の方はいらっしゃいますか？（いる・いない）
 - リンパ浮腫の原因として考えられることはありますか？（なし・手術・放射線・その他： ）
 - 手術の経験はありますか？（ある・ない）
➤ “ある”とお答えの方
◇ 病院名（ ）
◇ 病名（ ）
◇ 受けた日（ 年 月 日）
◇ リンパ節郭清（有・無）
- ※”弾性着衣”購入に対する補助金申請書類を作成するにあたり、手術日・リンパ郭清の記載が必要となります。**
- 浮腫に対して他の医療機関、又は治療施設で治療を受けたことはありますか？（ある・ない）
➤ “ある”とお答えの方
◇ 病院、治療院名（ ）
◇ 受診時期（ 年 月～ 年 月）
◇ 治療法（ ）
 - 弾性スリーブ又はストッキングをお持ちですか？（ある ない）
➤ “ある”とお答えの方、購入した際に指導を受けていますか？（ ）
◇ メーカー名等わかればご記入下さい。（メーカー名： サイズ： ）
 - 蜂窩織炎（むくんだ皮膚が熱を持ち、赤くはれる、高い熱がでるなどの症状）にかかったことはありますか？（ある・ない）
➤ “ある”とお答えの方
◇ 最後にかかったのはいつですか？（ 年 月）
◇ 過去にかかった回数（ 回）
 - 現在お仕事はされていますか？（している・していない）
 - 当院は何で知りましたか？（インターネット・知人の紹介・病院の紹介・その他： ）

裏面へ→

13. 現在、又は過去にかかった項目があれば○で囲ってください。

- 循環器疾患（心不全・高血圧・不整脈・狭心症・心筋梗塞・脳血管障害）
- 甲状腺疾患(機能亢進症・機能低下症)
- 肝疾患(肝硬変・肝炎{A、B、C型})
- 腎疾患(ネフローゼ・腎炎・腎不全)
- 排便障害(腸閉塞・人工肛門・便秘)
- 排尿困難(尿閉・尿失禁・排尿痛・頻尿)
- 神経障害(麻痺・けいれん・しびれ・感覚異常)
- 静脈疾患(静脈血栓症・静脈瘤・静脈炎)
- 皮膚疾患(アトピー・アレルギー・水虫)

14. 上記以外に現在治療中の疾患があれば、詳しくお書き下さい。

()

15. 常用しているお薬があれば、お書き下さい。

()

16. リンパの会に参加していますか？（している・していない）

17. ご自身でリンパ浮腫について勉強されていますか？（している・していない）

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・加算2：2点
(マイナ保険証を利用した場合)