

# 下肢静脈瘤問診票

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

- 静脈瘤があるのは、どちらの足ですか？ (右・左・両脚)
- いつ頃からですか？ ( 歳ごろ)
- 静脈瘤に痛みはありますか？ ない・時々・いつも
  - ある場合：いつ頃から痛みますか？ ( 頃から)
  - どの場所が痛みますか？ ( )
- 他に症状がありますか？ (湿疹・かゆみ・足がつる・皮膚の潰瘍・その他： )
- 出産の経験はありますか？ (ない・ある) ある場合→ (回数： 回)
- 静脈瘤について、他の病院で診療や治療を受けたことがありますか？
  - ある場合：病院名 ( )
  - 治療方法：(入院手術・外来手術・硬化療法・その他： )
- 治療用のストッキングはお持ちですか？ (ある・ない・市販のものならある)
- 現在の職業を教えてください ( )
- 過去に立ち仕事をされていませんか？ いいえ・はい (職業： )
- 血縁者に静脈瘤の方はいらっしゃいますか？ いない・分からない・いる
  - いる場合 (母・父・その他： )

## 重要な質問です。必ずご記入ください。

- 今までにかかった病気や、現在治療中の疾患はありますか？ (ない・ある： )
- 前立腺肥大・緑内障・糖尿病・喘息・乳がんにかかったことがありますか？もしくは現在治療中ですか？ (ない・ある：前立腺肥大・緑内障・糖尿病・喘息・乳がん)(昔かかった・現在治療中)
- 常用している薬があればお書きください( )
- 検査や薬を飲んで気分が悪くなったことはありますか？ (ない・ある：ある場合は具体的に )
- 何らかのアレルギーはありますか？ 牛乳(ない・ある) 卵(ない・ある) 大豆(ない・ある) その他( )
- 肌はかぶれやすいですか？ (はい・いいえ)
- お酒を飲むとどのくらいで酔いますか？※ビールを目安にしています。(全く飲めない・コップ1~2杯程度・コップ3杯~瓶1本・瓶2本以上・いくら飲んでも酔わない)
- 女性の方にお伺いいたします。現在、妊娠中もしくは妊娠している可能性がありますか？ (はい・いいえ)

裏面へ→

# 個人情報等の取り扱いに関して

親和ハートフルクリニックは、患者様の個人情報等の取扱いについて、下記のとおりお約束いたします。

## 記

### 1. 個人情報の利用目的について

親和ハートフルクリニックは、患者様からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別その他の患者様個人に関わる情報(以下、「個人情報等」といいます)を、患者様への有益な情報を手紙、メール等でご提供させていただくために利用いたします。また、患者様の承諾なく、医療提供、診療請求のための事務、管理運営業務目的以外には利用いたしません。

### 2. 個人情報の第三者提供について

親和ハートフルクリニックでお預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、第三者へ提供、取り扱いを委託することはありません。

- ① 患者様の事前の承諾を得た場合
- ② 業務委託会社に対して、患者様に明示した利用目的の達成のために、必要な範囲で個人情報等の取扱いを委託する場合(郵便及び商品の発送代行等)
- ③ 法令の定めにより提供を求められた場合

### 3. 個人情報の開示等について

親和ハートフルクリニックは、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、患者様ご本人であることをご確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。

以上

「個人情報等の取り扱いに関して」に同意いただけましたら、次のご署名欄に、ご自署お願い申し上げます。

「個人情報等の取り扱いに関して」に同意します。

ご署名： \_\_\_\_\_ 様

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)

### ● 当院は何でお知りになりましたか？

インターネット・知人のご紹介・病院のご紹介(病院名： \_\_\_\_\_ )  
テレビ・ラジオ・雑誌・その他 ( \_\_\_\_\_ )