



足から人生を支える

下北沢病院。

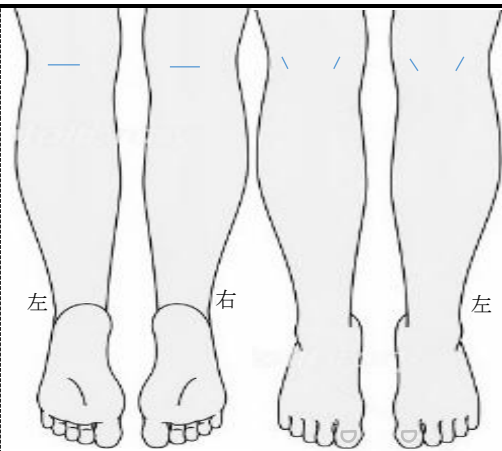
問診票(足病総合センター)

受診日 年 月 日

氏名： 身長・体重： cm kg 体温： ℃

ID: _____

むくみ症状がある方は裏面もご記入ください

本日は どうされましたか。	《いつ頃から》 _____ 頃から 《どういった症状ですか》	 ※該当箇所に印をお願いします。	
《部位》 右 ・ 左 ・ 両側 膝 / 爪 / 足のゆび その他 _____			
当院での治療に期待 している事がありますか。	※例)インソール作成希望、キズ・痛みを治したい、ひとまず相談したい等		
※痛みがある方に お伺いします。	10段階でどの程度ですか。 ※○を付けて下さい (痛みなし) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (我慢できない)		
	どんな時に痛みますか。 _____		
	どんな時に症状が和らぎますか。 _____		
他の病院でも 診てもらいましたか。	今回の症状について、受診 (有・無)。 病院名： _____ いつ頃 _____		
足の手術歴はありますか はい / いいえ	下肢の手術 (足 / 膝 / 股関節) / 血行再建 / 植皮・皮弁 / 切断 その他 _____ ※入院 (有・無)		
現在治療中も含め、 今までご病気や、ケガを された事がありますか。 はい / いいえ	糖尿病(内服、インスリン _____ 歳～) 高血圧 / 脂質異常症 / 脳梗塞 / 心筋梗塞 / 狭心症 / 呼吸器疾患 整形外科系 [膝疾患・腰椎疾患] / リウマチ / 膠原病 / 循環器系 透析 / 腎・泌尿器系 / 婦人科系 / 脳神経系 / 消化器系 / 脳神経系 皮膚科系 / 精神疾患 / 認知症 / がん / その他		
アレルギーはありますか。 はい / いいえ	薬剤 [_____] / 食べ物 [_____] / 金属 / アルコール / 花粉症 その他： _____		
ご職業	職種： _____ デスクワーク / 立ち仕事 / その他		
※女性の方へお伺いします	現在妊娠中もしくは授乳中ですか。 _____ はい / いいえ		
あなたの日常生活動作は どれに当てはまりますか。	自立歩行 / 車椅子使用 / 寝たきり 歩行補助具使用 (杖 / 歩行器 / 手押し車 など)		
靴はどのようなものを履きますか。			
嗜好品	お酒	飲む / 飲まない	タバコ 吸う / 吸わない / 以前吸っていた
運動量 例：散歩1時間を週3回			
お薬を服用していますか。 はい / いいえ	薬品・サプリメント名 (_____) ※本日、お薬手帳 (有・無)		

むくみ症状のある方は裏面もご記入ください

むくみ症状について受診ご希望の方へ

年 月 日

ID _____

お名前 _____

むくみは全身ですか、下肢（足） だけですか？

☐ 眼瞼、顔面にむくみあり

☐ 下肢のみ

☐ その他 （ _____ ）

左右差はありますか？

あり ・ なし

1 日の中でむくみがひどい時間帯はありますか？

あり ・ なし

月経周期との関連 はありますか？

あり ・ なし

経過 むくみはいつごろからはじまりましたか？

（ _____ ）

これまでに手術を受けたことはありますか？

ある ・ ない

がんの治療をしたことはありますか？

ある ・ ない

足全体が赤く腫れたことはありますか？

ある ・ ない

診察

むくんだ足の皮膚がつまみ上げられる

はい ・ いいえ

10 秒圧迫したら跡がつく

あり ・ なし