記入日：　　年　　月　　日

北青山D.CLINIC　問診票

今回の受診の目的、動機、ご相談内容、症状などをお知らせください。

基本情報

お名前		
必須	**お名前（フリガナ）**	
	お名前（漢字）	
必須	**性別**	男　　女
必須	**生年月日（西暦）**	年　　月　　日生
ご自宅住所		
必須	**ご自宅　郵便番号**	□□□－□□□□
必須	**ご自宅住所1（都道府県、市町村）**	都・県　　市・区・町・村
必須	**ご自宅住所2（丁目、番地など）**	
連絡先		
必須	**電話番号①※クリニック受付時間内（月～土9:30～18:00）に連絡可能な連絡先をご記入下さい。**	
任意	電話番号②	
必須	**メールアドレス**	@
必須	**ご希望連絡先必須**	□上記①　□上記②　□メールアドレス

緊急連絡先

任意	お名前	
	続柄	
	連絡先	

アンケート

当クリニックを何でお知りになりましたか？

□家族・親戚の紹介　□友人・知人の紹介　□当院スタッフの紹介　□当院ホームページ
□雑誌　□新聞　□テレビ　□その他（　　）

ご紹介者名、媒体名をご記入ください。

問診シート

必須	身長	cm
必須	体重	kg

1.過去にかかった大きな病気・感染症、受けた手術、現在治療中の病気があればお知らせ下さい。

必須 **1-1.病歴について** **□ある** **□ない**

ある場合、以下にご記入ください。（ある場合は必須）

以下の病歴に当てはまる場合は、☑してください。

□心臓病　（病名：　　）

□前立腺肥大　□脳梗塞　□緑内障　□糖尿病　□高血圧

その他の病歴

①	病名・手術名	
	現在治療中ですか？	□ はい　□いいえ
	発症時期	年　月　日頃
	治療法	
②	病名・手術名	
	現在治療中ですか？	□ はい　□いいえ
	発症時期	年　月　日頃
	治療法	

必須 **1-2.感染症について** **□ある** **□ない**

ある場合、以下にご記入ください。（ある場合：必須）

□ B型肝炎	□ C型肝炎	□ 梅毒	□ HIV
□ その他			

必須 **2.常用している薬はありますか？** **□ある** **□ない**

ある場合、以下にご記入ください。（ある場合：必須）

薬名	

必須 **3.薬や食べ物にアレルギーはありますか？** **□ある** **□ない**

ある場合、以下にご記入ください。（ある場合：必須）

アレルギーを起こすもの	

必須 **4.喘息はないですか？** **□ある** **□ない**

必須 **5.日常生活を支障なく送れていますか？** **□はい** **□いいえ**

いいえの場合、以下にご記入ください。（いいえの場合：必須）

具体的に問題点を教えてください。	

必須 **6.お酒は飲みますか？** **□飲む** **□飲まない**

お酒を飲まれる場合、以下にご記入ください。（飲まれる方：必須）

何を	
一日どのくらいの量	
週に何日	週に　日

必須 **7.煙草を吸いますか？** **□吸う** **□吸わない**

煙草を吸われる場合、以下にご記入ください。（喫煙者の方：必須）

一日に吸う本数	本
喫煙期間	年

女性必須 **1.現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？**

□妊娠中（妊娠週数　週）　□可能性あり　□なし	
2.現在授乳中ですか？	□はい　□いいえ

ID/お名前		記入日：　　年　　月　　日

北青山D.CLINIC　問診票
（下肢静脈瘤）

下肢静脈瘤で受診される方は下記をご記入下さい。

1.現在気になる症状は何ですか？（複数選択可）

右脚	□見た目のストレス　□こむら返り　□痛み　□かゆみ　□足の重苦しさ/だるさ　□むくみ　□湿疹　□色素沈着　□潰瘍　□皮膚硬結 □その他（　　）
左脚	□見た目のストレス　□こむら返り　□痛み　□かゆみ　□足の重苦しさ/だるさ　□むくみ　□湿疹　□色素沈着　□潰瘍　□皮膚硬結 □その他（　　）

2.気になる血管のタイプはどれですか？（複数選択可）

□血管がボコボコと浮き上がる
□クモの巣・網目状の細かい血管が浮き上がる
□その他（　　）

3.【ボコボコとなる血管の方】血管内治療で対応する可能性がありますが、
現時点で使用する機種にご希望はありますか？

□相談して決めたい（機種は決めていない）
□ 2000nmレーザー：自費治療を希望している
□1470nmレーザー・RF（高周波）：保険治療を希望している
□ベナシール（グルー：医療用接着剤）：保険治療を希望している

4.【クモの巣状や、網目状の細かい静脈瘤の方】体外照射タイプのレーザー治療ないしは
硬化療法で対応する場合がありますが、
現時点で希望している治療法がある方は、希望する治療法を選択してください。

□相談して決めたい（希望している治療法はない）
□対外照射タイプのレーザー治療：自費治療を希望している
□硬化療法：保険治療を希望している