

(ふりがな)		生年月日	T S H 年 月 日
お名前			
住所	(〒)		
電話番号		緊急時連絡先	関係性/例：娘
E-mail/Line		来院手段	
処方されている薬剤名 使用目的・薬剤アレルギー			
職業/多い動作	/ ()		
病歴・手術歴 事故歴など			
現在のご病気について	<input type="checkbox"/> 現在通院中の病院 () <input type="checkbox"/> 通院中の病名 () [持病] <input type="checkbox"/> 胃腸系 <input type="checkbox"/> 呼吸器系 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 婦人科系 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 月経困難 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> ストレス過多 : ストレスの要因は？		
放射線療法の有無 化学療法の有無 ホルモン療法有無			

排尿 排便	<input type="checkbox"/> 排便障害 (なし/腸閉塞・人口肛門など) <input type="checkbox"/> 排尿障害 (なし/頻尿・尿閉・尿失禁・排尿痛など)		
包帯圧	<input type="checkbox"/> 神経障害 (麻痺・痙攣・しびれ・感覚異常など) <input type="checkbox"/> 静脈疾患 (静脈血栓症・静脈瘤・静脈炎など)		
体質	<input type="checkbox"/> 冷え <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 消化不良 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 汗かき <input type="checkbox"/> のぼせ <input type="checkbox"/> その他 ()		
痛み	どんな痛み/ 痛みの原因/ ずっと痛いですか？/		
常用薬	<input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 便秘薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン剤 <input type="checkbox"/> 抗アレルギー剤 <input type="checkbox"/> 血圧降下剤 <input type="checkbox"/> 経口避妊薬 <input type="checkbox"/> ステロイド軟膏 <input type="checkbox"/> 非ステロイド軟膏 <input type="checkbox"/> その他 () どのぐらい前から服用されていますか ()		
生活	睡眠時間 平均 (時間) / 睡眠の質 (熟睡・浅い) 就寝・起床時間 (: 頃・ : 頃)		
運動	運動方法 週 () 回 又は 週 () 時間		
趣味	趣味の内容 週 () 回 又は 週 () 時間		
癖	例) 右脚下に組む 肘まくら etc () 座る時間が多いですか？ 1日 _____ 時間くらい 寝る時間が多いですか？ 1日 _____ 時間くらい 立つ時間が多いですか？ 1日 _____ 時間くらい 動く時間が多いですか？ 1日 _____ 時間くらい		
弾性着衣	<input type="checkbox"/> 弾性スリーブ着用している (<input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに) <input type="checkbox"/> 合わずに中止した <input type="checkbox"/> 着用したことがない <input type="checkbox"/> 弾性ストッキング着用している (<input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに) <input type="checkbox"/> 合わずに中止した <input type="checkbox"/> 着用したことがない		
今まで着用していたスリーブ・ストッキングのメーカー・種類・サイズ等がわかれば教えてください			

体のどの部分にむくみを感じますか。 右の図を○で囲んで下さい。		
身長・体重	身長： _____ cm 体重： _____ kg	
いつ頃から症状が出ましたか	術後おおよそ _____ 年 _____ カ月くらい むくみ後 _____ くらいで治療開始	
むくみを初めに気づいたきっかけはどんな時ですか？/はじめはどの辺りがむくみましたか？	例：手術した方の血管が見えにくくなってきた 肘から上内側・太もも内側など	
手術や治療をされた病院でリンパ浮腫に対して何かアドバイスがありましたか	<input type="checkbox"/> はい（医師・看護師・その他） ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’ の方 具体的に教えてください	
むくみの部分に赤みや熱感が出た事がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 蜂窩織炎と言われましたか？ ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’ の方 ①これまでの回数 _____ 回 そうなった場合の対処法	
ご家族についてお聞かせ下さい	<input type="checkbox"/> _____ 人暮らし 家族構成（例：夫・息子）： _____	
ご家族等でむくみケアのお手伝いをしてくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ （どなたですか： _____ ）	
ペットはいますか？	<input type="checkbox"/> はい（ _____ ） ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
現在むくみに対して何かケアや気をつけている事はありますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’ の方 具体的に（例：保湿している・弾性着衣を毎日着用など） （ _____ ）	
今の状態のむくみからどの様になる事を望んでいますか	（例：皮膚が固いので柔らかくしたい・もう少し細くしたいなど）	
他の施設でリンパ浮腫のケアをされた事がありますか	<input type="checkbox"/> はい（病院・治療院） ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’ の方 具体的に教えてください（例：マッサージ・包帯・弾性着衣処方等）	
その他お伝えしておきたいこと 不安に感じていることはありますか？		

ご協力ありがとうございました
 かなな治療院