

リンパケア 問診票

最適なケアをご提供するため、いくつかご質問させていただきます。ご協力よろしくお願いいたします。

お名前	様	生年月日		記入日	
身長		体重			

◆ リンパ節郭清・放射線治療歴と浮腫みについて

治療終了時期	年 月 終了	浮腫み発症時期：	年 月 ごろ
患部（部位）			
むくみ・症状	どのくらい・どのように／どんな時に・いつ頃から／現在はどうか		
使用中の弾性着衣（種類・サイズ等）			
診療情報提供書	☐ 有 ☐ 無		

◆ お悩み・ご希望について

1. 「気になる」「心配」「不安」「困った」ことは何ですか？
2. その時、どう感じましたか？
3. それがどのような状態になればいいと思いますか？
4. 理想の状態になるために今（または今まで）どんなことをしてきましたか？その結果どうでしたか？
5. セラピストに伝えることの確認

◆ 施術時の注意事項（アレルギー・服用薬・禁忌事項など）

アレルギー（食品・薬・素材など）	
現在服用中のお薬	
現在治療中の疾患・既往歴（がん、心臓病、腎臓病、血栓症、感染症など）	
今までに受けたリンパケア・マッサージ等で、辛かった事や嫌だった事	
蜂窩織炎にかかったことの有無	
施術法や当院についての希望	
他にセラピストに伝えておきたいこと	

かなな治療院