

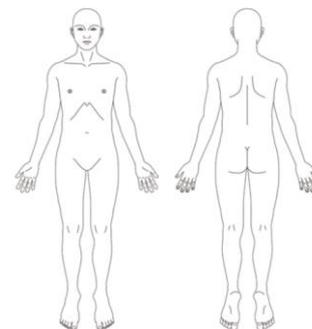
フリガナ		生年月日	
名前	男・女	昭和・平成・令和	年 月 日 (歳)
住所	〒 (-)		
電話番号	- -	メールアドレス	@

以下、記載もしくは該当する項目に☑を付けて下さい。

- ・紹介状はお持ちですか？ 有 無

リンパ浮腫の状態について

- ・どこが腫れていますか？ 図にも書き込んでください。
あし うで 下腹部 陰部 その他 ()
みぎ ひだり 両
- ・いつから腫れていますか？ (年 月頃～、 年前～)
- ・どこから腫れましたか？
足 すね ふともも 陰部 下腹部
手 前腕 二の腕 胸 その他 ()
- ・リンパ漏(きず、リンパ小胞などからリンパ液が流れ出る)はありますか？ 有 無



蜂窩織炎になられた事がある場合

- ・部位はどこですか？ ()
- ・はじめてなったのはいつですか？ (年 月 日、)
- ・最近はいつなりましたか？ (年 月 日、)
- ・どれぐらいの頻度ですか？ (回/年、 回/ 月、)
- ・治療した施設や内容について ()

リンパ浮腫の原因について

- ・原因について考えられる事は何ですか？
手術 外傷 生まれつき 原因不明 その他 ()

原因が■手術の場合、受けられた手術・治療についてわかる範囲でお教え下さい。

- ・手術日 年 月 日、 病院 科、担当医 先生
- ・疾患名 子宮頸癌 子宮体癌 卵巣癌 乳癌 膀胱癌 その他 ()
- ・手術内容 () リンパ節郭清 有 無
- ・放射線治療 有 (年 月 日～、 回 Gy) 無
- ・抗癌剤治療 有 (年 月 日～、 薬剤名) 無

リンパ浮腫治療について

- ・リンパ浮腫で他院など受診されたことがありますか？
有（施設名： _____ ） 無
- ・リンパ浮腫の検査は受けられましたか？有の場合該当するものに○をして下さい。
有（ICG 検査・リンパ管シンチグラフィー・エコー・その他 _____ ） 無
- ・リンパ浮腫に対する手術を受けた事がありますか？
有（手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日、 _____ 病院 担当医 _____ 先生） 無
- ・現在されているケアはありますか？ 有 無
圧迫療法 ドレナージ 圧迫下運動療法 スキンケア その他（ _____ ）
- ・弾性着衣などの製品名、着圧などお分かりになればお教え下さい。
 （ _____ ）
- ・最後に弾性着衣を購入した日はいつですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ・保険申請（指示書発行）しましたか？ はい いいえ

治療希望

- 診断のみ セルフケア習得 ドレナージ 弾性着衣購入のみ
- 手術治療（リンパ管静脈吻合（LVA）、脂肪吸引など）
- その他（ _____ ）
- ・今までかかった病気はありますか（前項目記載分以外であればお教えください）
心疾患 高血圧 甲状腺疾患 下肢静脈瘤 深部静脈血栓（エコノミークラス症候群）
その他（ _____ ）
 受けたことのある手術（ _____ ）
 現在使用中の薬剤（お薬手帳持参の方は省略可）
 （ _____ ）
- ・アレルギー 無 有 有の場合→アルコール ヨード その他（ _____ ）
- ・当院を何でお知りになりましたか？
知人・友人からの紹介 主治医・かかりつけ医からの紹介 インターネット SNS
その他（ _____ ）

女性の方

- ・妊娠の可能性 無 有 妊娠中 授乳中 不妊治療中
- ・出産経験 有 無

- ・診察、治療に対する希望などあれば記入下さい。