

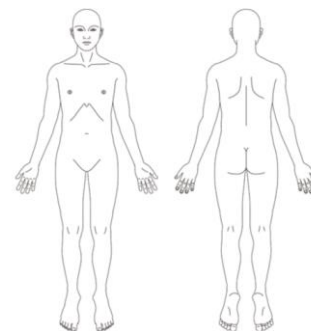
フリガナ				生年月日
名前	男・女		昭和・平成・令和	年 月 日 (歳)
住所	〒 (-)			
電話番号	-	-	メールアドレス	@

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
- ・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・CT・MRI・エコー・その他) 無

- ・困っている事は何ですか？
歩みにくさ 重い 皮膚トラブル 蜂窩織炎 痛み その他 ()

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

- ・リンパ浮腫について説明を聞かれた事がありますか？ 有 無
- ・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、担当医、セラピストなど： _____） 無
- ・複合的理学療法についてご存知ですか？ はい いいえ
- ・リンパ浮腫の手術についてご存知ですか？ はい いいえ
- ・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。
（ _____ ）

治療目標

- リンパ浮腫の診断 リンパ浮腫発症予防 浮腫の軽減
- 現状維持・悪くならないようにしたい 蜂窩織炎の軽減、予防
- 運動制限の改善 その他（ _____ ）

治療希望

- 診断のみ セルフケア習得 保存的治療のみ
- 手術治療（リンパ管静脈吻合、脂肪吸引、その他 _____ ）
- ・現在治療中の病気はありますか（前項目記載分以外であればお教えください）
病名（ _____ ） 治療・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 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。