

リンパ浮腫外来 コンサルテーションシート

ID番号	依頼医師	年 月 日
------	------	-------

下記の項目について記入、もしくは○で囲んでください。
 (もし、記入の方法でわからない事がございましたらお気軽にお尋ねください。)

フリガナ		生年月日	年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
氏名							
住所	〒 -						
電話		ご職業					

①	既往歴に関してお尋ねいたします。 ・過去に手術をしたことがありますか？ 1)理由、方式、手術日をご記載ください。 _____歳 [] _____歳 [] _____歳 [] _____歳 []	はい ・ いいえ
	・放射線治療をおこないましたか？ 2)理由、放射時間をご記載ください。 []	はい ・ いいえ
②	現病歴に関してお尋ねいたします。 ・おおよそ一年以内に手術をしたことがありますか？ 1)理由、方式、手術日をご記載ください。 ___月___日 []	はい ・ いいえ
	・放射線治療をおこないましたか？ 2)理由、放射時間をご記載ください。 []	はい ・ いいえ
③	むくみについてお尋ねいたします。 むくみのある部位はどこですか？ [] いつからむくみを感じましたか？ [] 手術後どのくらい経過してからですか？ [] はじめにむくみだした部位はどこですか？ [] むくみのために服用している薬はありますか？ []	

