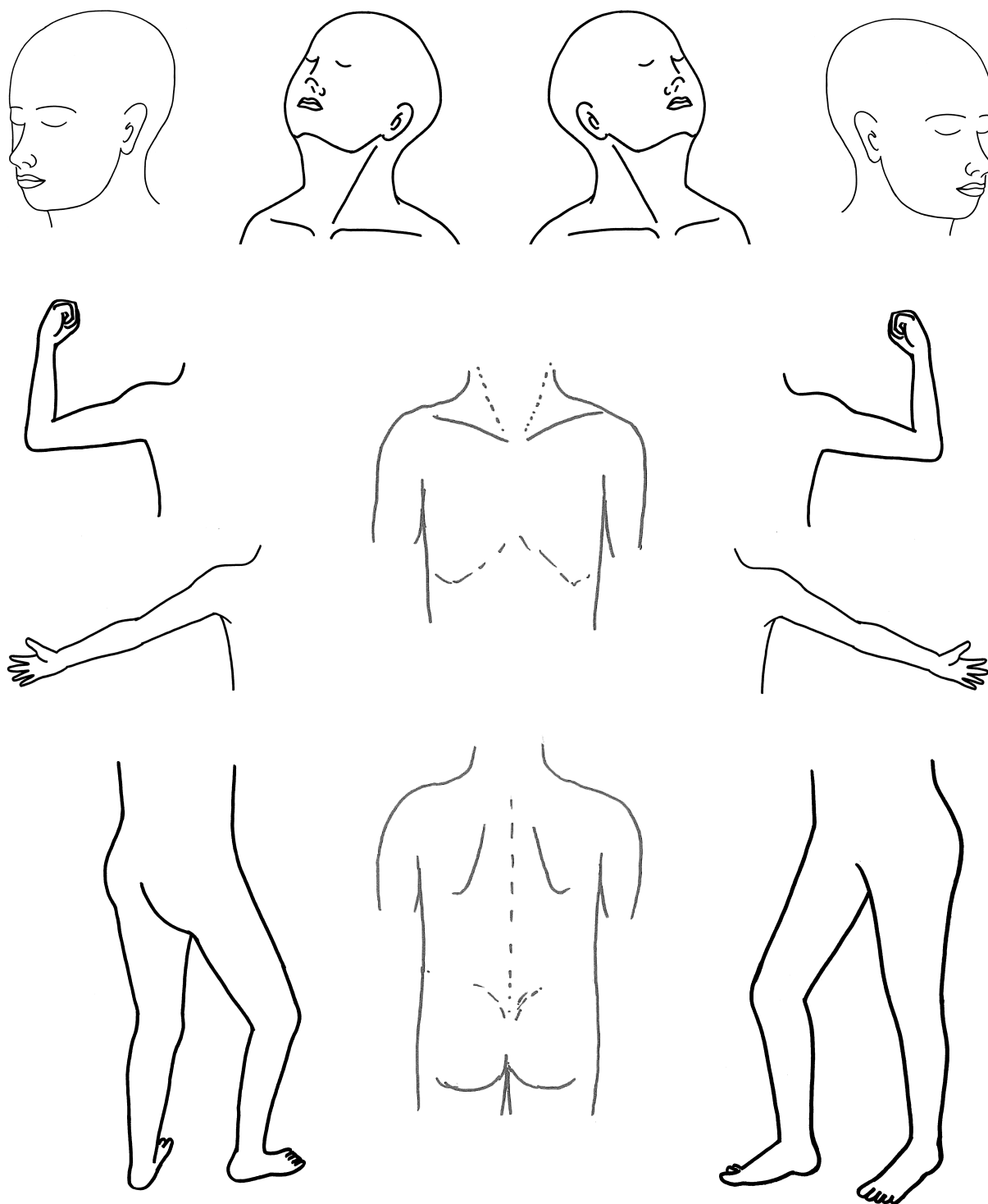


脈管疾患センター 診察前質問票

以下の各項目にご記入または当てはまるものを○で囲んでください。
(2枚あります)

- 1 お名前 ()
- 2 生年月日 西暦 年 月 日
- 3 性別 男 女 その他
- 4 これまでの診断名 診断：
- 5 発症（発見）時期 出生前（異常を指摘された）
出生時
出生後（ 歳 ヶ月、 もしくは生後 日）
- 6 発症時の病変部写真 ある ない その他
- 7 発症後の色調の変化 うすくなった 変わらない 濃くなった
その他（)
- 8 範囲の変化 狭くなった 変わらない 広がった
その他（)
- 9 膨らみの変化 小さくなった 変わらない 大きくなった
その他（)
- 10 痛み ない あるときもある 常にある 分からない
その他（)
- 11 病変部の感染 なかった あった わからない
- 12 これまでに受けたことのある検査
血液検査 超音波 CT MRI 組織生検 その他（)
- 13 これまでに受けたことのある治療
切除手術 硬化療法 塞栓術 レーザー 軟膏塗布 圧迫療法
内服（薬の名前)

14 病変部位 下の図の描き込んでください。(なるべく詳しくお願いします)



15 特に訊きたいことがあれば記載してください。

以上です。ありがとうございました。