

浮腫 ( 初診 ・ 再診 ) 氏名 \_\_\_\_\_

<バイタル> 血圧: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg、脈拍: \_\_\_\_\_ 回/分、SpO2: \_\_\_\_\_ %

- ・どこがむくみますか？ 顔 / 手(右のみ) / 手(左のみ) / 手(両側)  
足(右のみ) / 足(左のみ) / 足(両側) / その他(\_\_\_\_\_)
- ・いつからですか？ (何年、何月、何日、何時頃)具体的に\_\_\_\_\_
- ・時間帯によるむくみの変化はどれに近いですか？ 朝のほう強い /  
夕方強い / 夕方出現し、朝には改善する / 決まってない
- ・むくんでいる場所に、次の症状はありますか？  
なし / あり ( 痛み / かゆみ / 発赤 / 熱感 / その他\_\_\_\_\_ )
- ・最近の体重変化はありますか？ 変わらない / 増えた / 減った
- ・体重変化がある場合、普段の体重より何キロ増減がありましたか？ \_\_\_\_\_ Kg 増/減
- ・むくみ以外に次の症状はありますか？  
なし / あり ( 呼吸困難 / 動悸 / 立ちくらみ / 失神 / 倦怠感 / 黄疸)
- ・尿は少なくなっていますか？ いいえ / はい  
少なくなっている場合、回数は1日\_\_\_\_\_回、色は？(透明/黄色/褐色/赤色)

(更年期障害がある場合)

- ・ホルモン剤を使用していますか？ いいえ / はい (薬剤名\_\_\_\_\_)
- ・ステロイド剤を内服していますか？ いいえ / はい (薬剤名\_\_\_\_\_)
- ・心臓病が悪いと言われた事がありますか？ いいえ / はい(病名\_\_\_\_\_)
- ・腎臓が悪いと言われた事がありますか？ いいえ / はい (病名\_\_\_\_\_)
- ・甲状腺の病気はありますか？ いいえ / はい (病名\_\_\_\_\_)
- ・普段、歩いていますか？ いいえ / はい ( 週\_\_\_\_\_回、 \_\_\_\_\_分程度)