

平成 年 月 日

東京都足立区一ツ家2-20-10インナーパレス1F  
 医療法人社団 久光会 久光クリニック  
 TEL: (03) 5831-0502  
 FAX: (03) 5831-0508

紹介元医療機関の所在地及び名称  
 所在地  
 医療機関名  
 電話番号  
 FAX

担当医師名

リンパ浮腫外来担当医 殿

担当医師名

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)	男・女
------	--	------	------------------------	-----

傷病名				
既往歴	無	有	心不全・高血圧・不整脈・脳血管障害・頸動脈洞症候群 感染症・悪性腫瘍・心性浮腫 甲状腺機能異常症・肝硬変・肝炎 放射線性結腸炎・放射線性膀胱炎・腸閉塞症・消化管炎症疾患・潰瘍性大腸炎 クローン病・消化管多発性憩室症・大動脈瘤・骨盤静脈多発症・妊娠・てんかん	
手術歴	・ ( 年 月頃) ・ ( 年 月頃) ・ ( 年 月頃)			
放射線療法	無	有	平成 年 月 部位 右胸部/左胸部/右腋窩/左腋窩/右鼠蹊部/左鼠蹊部/生殖器/咽頭部 範囲 その他( )	
	原発性[先天性(1.遺伝性 2形成不全)/早発性/晩発性]/特発性/外傷後/分娩後/静脈性手術直後/手術後( )ヶ月より/手術後( )年より/その他( )			
リンパ浮腫症状について	部位	左上肢/右上肢/胸部/背部/腰部/臀部/左下肢/右下肢/下腹部/生殖器 その他( )		
蜂窩織炎について発症の有無	無	有	・頻度( 年に 回くらい) 最近の炎症について:平成 年 月頃 ・症状: ・治療(内服および外用:予防的投与含む【抗生物質名: 】)	
現在の処方	無	有	・利尿剤( )	
アレルギー	無	有	・薬剤名( ) その他( )	
治療経過・検査				
	※最近の血液検査データのコピーを添付ください			

★次の場合は、施術禁忌となりますが、該当する疾患がある場合には○印で囲んでください。  
 ※必要がある場合は、画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。