

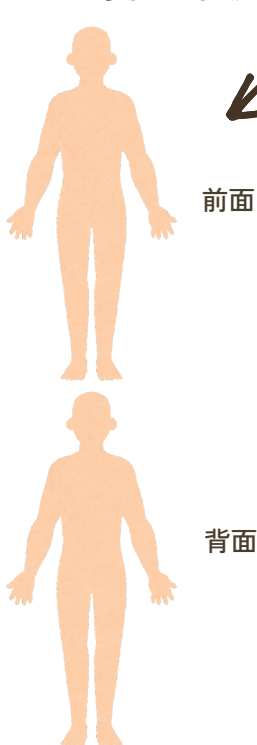
カウンセリングシート

安全な施術のために以下の質問に正確にお答えください

1. 基本情報

フリガナ： 生年月日：
お名前： 住所：
お電話： ご職業：
ご来店のきっかけ： ☐ SNS・HP ☐ 知人の紹介 ☐ その他（ ）

2. リンパ浮腫の状況



- ・むくみを感じている部分に○をつけてください
- ・むくみを感じ始めた時期と部位
☐ 手術直後 ☐ 頃から ☐ 不明
☐ むくみ始めの部位（ ）
- ・リンパ浮腫に伴う症状
☐ だる重さ ☐ 疲労感 ☐ 張り感 ☐ その他（ ）
- ・蜂窩織炎の経験 ☐ なし ☐ あり （いつ頃 ）
- ・現在行っているケア
☐ セルフドレナージ ☐ セルフバンデージ ☐ スリーブ
☐ ストッキング ☐ 他施設のケア ☐ その他（ ）
- ・現在使用中の圧迫用品の種類とサイズ
.....
- ・圧迫用品の最終購入日（領収日）
- ・療養費還付の手続き経験 ☐ なし ☐ あり

3. 治療の状況

・がんの治療

☐ 病名
.....
☐ 手術年月日 年 月 日
☐ 抗がん剤 ☐ 放射線治療 ☐ ホルモン療法
☐ その他（ ）
☐ 病院名と主治医（ 先生のお名前 ）

・治療中の病気と過去の病気

☐ 病名
☐ 内服薬
.....

4. 生活状況

・関連する不調

☐ かぶれやすい ☐ 便秘 ☐ 排尿障害 ☐ アレルギー
☐ 不眠 ☐ 関節痛（ ）

・身長 cm ・体重 kg

・運動習慣 ☐ 定期的にする ☐ あまりしない

・家族構成 ☐ 人暮らし
☐ 構成 例: 夫/長女
.....

・気になる事 | 相談したい事