脂肪浮腫: 診察の準備

記入して、診察のときにお持ちください。

お持ちいただくもの

- [ ] お使いの薬のリスト（経口避妊薬やホルモン剤を含む）
- [ ] これまでのドップラー超音波検査、血液検査、甲状腺検査の結果（あれば）
- [ ] 使用している弾性ストッキング（クラスとサイズ）
- [ ] 長年の脚の変化がわかる写真（あれば）

お困りの症状

- [ ] 両脚に左右対称で不釣り合いな脂肪のつき方がある
- [ ] 足は細く、太さが足首で終わっている
- [ ] 触れると強くなる痛みや圧痛がある
- [ ] あざができやすい
- [ ] 一日の終わりや暑いときに、重だるさやむくみが強くなる
- [ ] 腕にも同じような脂肪のつき方がある
- [ ] 食事療法で上半身は細くなるが、脚は変わらない

これまでの経過

症状は何歳から始まりましたか？

_____

始まった時期:

- [ ] 思春期 [ ] 妊娠 [ ] 更年期

ご家族に同じような脚の体型の方はいますか？

_____

身長 / 体重:

_____

医師にお聞きになりたいこと

_____

_____

_____

症状日記（14日間）

毎晩記入してください。痛み: 0 = まったくない、10 = 耐えられない。

日	痛み（0–10）	むくみ あり/なし	新しいあざ あり/なし	立っていた時間（時間）	ストッキング着用 はい/いいえ	メモ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						