

問 診 票

記入日 20 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	(歳)
氏名		生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日生	
住所	〒 _____			
自宅電話		携帯電話		

～当てはまる項目にを入れてください。～

<受診のきっかけについて>

- 自覚症状がある 自覚症状はないが甲状腺の病気が心配
健診や診察時に甲状腺に異常を指摘された 血液検査で異常を指摘された
首の腫れ・しこりを指摘された 術後の経過観察を希望
他院で甲状腺の病気を診てもらっていたが、当院通院を希望
 (病名: _____ 治療開始時期: _____ 年 _____ 月頃・ _____ 歳頃)
その他 (_____)

<現在の症状について>

- 首にしこりがある 首に違和感・痛みがある 疲れやすい 動悸がする
脈が速い 汗をかきやすくなった 手がふるえる 暑がりになった
眠気が強い 肌が乾燥する むくむ 寒がりになった 体重が減った
体重が増えた 食欲がない よく食べるようになった 便秘気味である
下痢気味である 吐き気がある 物忘れが多い のどが渇く
夜中にトイレに起きることが多い 力が入りにくい 眼が出てきた気がする
ものが二重に見える 眼の違和感や痛みがある
その他 (_____)

<今までの病歴について>

- 今までに治療したことがある病気、現在治療中の病気はありますか？
 (例：高血圧、糖尿病、高脂血症、狭心症、脳梗塞、貧血、喘息、骨粗鬆症など)
いいえ はい

病院・医院名	病名	治療開始時期
(_____)	(_____)	(_____ 年 _____ 月頃・ _____ 歳頃)
(_____)	(_____)	(_____ 年 _____ 月頃・ _____ 歳頃)
(_____)	(_____)	(_____ 年 _____ 月頃・ _____ 歳頃)

現在、定期的に飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい

薬品名 ()

血液の流れを良くする薬、血液をさらさらにする薬を飲んでいる

アレルギーはありますか？

ない 花粉症

薬剤アレルギー 薬品名と症状 ()

食物アレルギー 品目 ()

その他 ()

たばこを吸いますか？

いいえ はい (1日 本、年間) 以前吸っていた (やめた時期: 年前)

健康食品・サプリメントなどを飲んでいますか？

いいえ はい 品名 ()

<ご家族について>

ご家族に甲状腺の病気の方はいますか？

いいえ

はい 続柄 () 病名 ()

続柄 () 病名 ()

ご家族に悪性腫瘍 (がん等)の方はいますか？

いいえ

はい 続柄 () 病名 ()

続柄 () 病名 ()

<女性の方のみご記入ください>

現在妊娠中ですか？: いいえ 可能性がある はい (妊娠 週・ヵ月)

現在授乳中ですか？: いいえ はい

月経について: 順調 不順 閉経 (歳)

最終月経 (月 日頃から 日間)

<ご来院のきっかけ>

当院をどのようにして知りましたか

他院からの紹介 家族・知人の勧め Web サイト (ホームページ)

看板 チラシ ブログ