

## 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の異常を指摘された    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>

血縁者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（ \_\_\_\_\_ ）

血縁者に悪性腫瘍（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>

未婚 既婚

月経について： 順調 不順 閉経（ \_\_\_\_\_ 歳）

妊娠の希望について： 現在妊娠を希望している 将来的に希望あり

現在不妊治療中である 妊娠の希望はない

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

<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