

## 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	〒 _____ 都道 府 県			
自宅電話	- -	携帯電話	- -	
(未成年者の場合) 保護者氏名	(続柄)	連絡先	- -	

～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>

- 健康診断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
- 自覚症状がある
  - 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    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
  - 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 ( \_\_\_\_\_ )

甲状腺手術後の経過観察を希望

(病名: \_\_\_\_\_ 手術時期: \_\_\_\_\_ 年 月頃・ \_\_\_\_\_ 歳頃)

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 ( \_\_\_\_\_ )

<今までの病歴について>

今までに治療したことがある甲状腺以外の病気、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 名	病・医院名	治療開始時期
		年 月頃・ _____ 歳頃
		年 月頃・ _____ 歳頃
		年 月頃・ _____ 歳頃

※ID \_\_\_\_\_

現在、定期的に使用している薬（内服薬・吸入薬・点眼薬・自己注射など）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ますか？

いいえ はい

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（現在不妊治療中である）

今のところ妊娠の希望はないが将来的にあり

現在も将来的にも妊娠の希望はない

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 その他（ \_\_\_\_\_ ）

まちだ甲状腺クリニック