

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>

月経について： 順調 不順 閉経（ _____ 歳）

妊娠の希望について（閉経前の方のみ）：

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