

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			
携帯電話	- -	自宅電話	- -	
(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～

他の医療機関からの紹介状（診療情報提供書）をお持ちですか？： いいえ はい

<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（甲状腺の腫れ，血液検査での異常など）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

その他（ _____ ）

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	病・医院名	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？

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

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（ _____ ）

※ID _____

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 ()

最近1年間で健診(特定健診および高齢者健診に限る)を受診しましたか？

いいえ

はい 受診時期 (月頃)

指摘事項 なし あり ()

<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

<マイナ保険証を利用した方のみご記入ください>

診療情報取得に同意しましたか？

特定健診情報(40歳以上の方のみ) 薬剤情報 どちらにも同意していない

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

まちだ甲状腺クリニック