

## 問 診 票

記入日 20 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	年齢	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

※ID \_\_\_\_\_

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（ \_\_\_\_\_ ）

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

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