

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・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を指摘された

自覚症状がある

- 首にしこりがある 首に痛みがある 疲れやすい 動悸がする
- 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
- 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（ _____ ） 通院していた施設名（ _____ ）

通院時期（ _____ 歳～ _____ 歳）

治療内容 内服治療（薬品名 _____ ） 放射線治療
手術（手術方法： _____ 歳）

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（ _____ 歳から）

病名（ _____ 歳から）

病名（ _____ 歳から）

※使用中のお薬があればご記入ください お薬手帳持参⇒薬品名の記入は不要です

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 ()

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)

市販のサプリメントを飲んでいますか？

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)

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。

まちだ甲状腺クリニック