

甲状腺疾患 問診表

ID :

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名	様	男 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	歳
住所	〒 -	自宅電話		
		携帯電話		
職業		勤務先		

* 他院からの手紙、資料をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください

* 下記の質問についてお答えください。

1 病状についてまたは、来院の理由についてお知らせください。(当てはまるものに○をつけてください)

- 1) 首の腫れやしこり(腫瘍)がある (自覚・指摘)
- 2) 健診で甲状腺の異常があるといわれた (採血・エコー・触診)
- 3) 下記のような症状がある(該当するものに○をつけてください)
 - 声がかすれる
 - 心臓がドキドキする
 - 手指が細かくふるえる
 - 暑がりになり、汗をたくさんかく
 - よく食べているのにやせてきた
 - イライラしやすくなった、落ち着きがなくなった
 - 体が冷え、寒がりになった
 - 月経が不順になった
- 4) 紹介先の先生より当院での治療をすすめられた (病院・ 健診センター)
- 5) その他 ()



・ いつごろからですか？(当てはまる項目に○をつけてください)

昨日、2-3 日前、1 週間前、1 か月前、3 か月前、半年前、1 年前、2-3 年前、いつからかは不明
 その他 _____

2. 現在治療中のご病気はありますか？ はい ・ いいえ

3. 2. ではいとお答えした方にお聞きします。現在治療中のご病気についてお知らせください。

いつから(何歳～)	病名	通院クリニック・病院	内服薬
			ある・なし
			ある・なし
			ある・なし

裏面も記入してください

4. 現在内服中のお薬はありますか はい ・ いいえ

* 内服している薬剤名を記載してください

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は直近 1 か月以内の処方薬を除き記載省略可能です。

()

* 血液をさらさらにする薬（抗凝固剤・抗血小板剤）は内服していますか はい ・ いいえ

* お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください

5. お薬・アルコール・造影剤でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか

はい ・ いいえ

「はい」の方は内容を記載してください

6. からだの中に埋め込まれているものはありますか はい ・ いいえ

『はい』の方・・・当てはまる項目に○をつけてください

- ・ 皮下埋め込み型ポート
- ・ 心臓ペースメーカー
- ・ その他

7. どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？（当てはまる項目に○をつけてください）

- ・ インターネット
- ・ 看板をみて
- ・ 雑誌・新聞
- ・ 他院からの紹介で（医療機関名：）
- ・ 家族・知人にすすめられ
- ・ その他

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたら、お呼びいたしますので、お待ちください。

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。