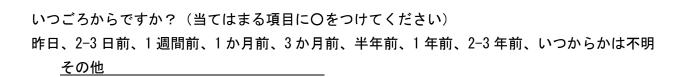
甲状腺疾患	問診表	ID:	<u>令和</u>	年	月	E
<del>_</del>		1111 -	- TI	7		_
* 1 * 1/\ 11/K 7 \ htt	ILLINGAX	11 L/ -	1 TO APLI	-		
	1-1H2 2-1		10.11		,,	

ふりがな		性別	生年月日				年齢
氏名		男	大正・昭和・	平成			
	様	女		年	月	В	歳
	〒 -		自宅電話				
住所							
			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、受付窓口に提出してください
- \*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。
    - 1) 首の腫れやしこり(腫瘍)を自覚、または指摘された
    - 2) 健診で甲状腺の採血で異常があるといわれた
    - 3) 下記のような症状がある(該当するものに〇をつけてください)
      - 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
    - 5) その他()



2. 現在治療中のご病気はありますか? はい・・いいえ



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
. 現在内服中のお薬は	ありますか	はい・	いいえ
	を記載してください		
(	<del>-</del>		)
		『口に提出してください 	
		<b> 状(発<u>疹、気分不快など)</u>を起こし</b> #	こことがありますか
はい・	いいえ	: <u>状(発疹、気分个快など)</u> を起こした	ことがありますか
			ことがありますか
「はい」の方は内 6. からだの中に埋め辺	ー いいえ 3容を記載してください ∆まれているものはあり	ますか? はい・ し	
「はい」の方は内 6. からだの中に埋め込 『はい』の方・・・ロ	いいえ  容を記載してください  まれているものはあり  にチェックを入れてく	ますか? はい · し ださい。	いえ
「はい」の方は内 6. からだの中に埋め込 『はい』の方・・・ロ 口皮下埋め込み型オ	いいえ  容を記載してください   まれているものはあり   にチェックを入れてく   ート 口心臓ペース	ますか? はい ・ し ださい。 メーカー 口心臓・血管拡張ステン	いえ
「はい」の方は内 6. からだの中に埋め込 『はい』の方・・・ロ 口皮下埋め込み型オ	いいえ  容を記載してください  まれているものはあり  にチェックを入れてく	ますか? はい ・ し ださい。 メーカー 口心臓・血管拡張ステン	いえ
「はい」の方は内 6. からだの中に埋め込 『はい』の方・・・ロ 口皮下埋め込み型オ	いいえ 空を記載してください まれているものはあり にチェックを入れてく ポート 口心臓ペース ロインプラント ロ	ますか? はい ・ し ださい。 メーカー 口心臓・血管拡張ステン その他	いえ
「はい」の方は内 「はい」の方は内 6. からだの中に埋め込 『はい』の方・・・ロ 口皮下埋め込み型オ 口胆管ステント 7. どのようにして当ク	いいえ 空を記載してください まれているものはあり にチェックを入れてく ポート 口心臓ペース ロインプラント ロ	ますか? はい ・ し ださい。 メーカー □心臓・血管拡張ステン その他 りましたか?	いえ

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。

□家族・知人にすすめられ □その他

大通り乳腺・甲状腺クリニック