|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |

**甲状腺疾患　問診表　ID：　　　　　　　　令和　　 年　　　月　　　日**

**＊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。**（当てはまるものに〇をつけてください）**

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　（　　　　　　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、受付窓口に提出してください**

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・・・当てはまる項目に〇をつけてください

・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？（当てはまる項目に〇をつけてください）

・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

８．マイナンバーカードで受付した方にお聞きします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　　　　　はい　　・　　いいえ

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

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。

**医療法人社団北和会　大通り乳腺・甲状腺クリニック**